Le Progrès Médical

1892

DEUXIÈME SEMESTRE

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaire de la Rédaction : Marcel BAUDOUIN

DIX-HUITIÈME ANNÉE

TOME XVI (2e *série*). — **1892**

Illustré de 33 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), **AIGRE** (D.), **BALLET** (G.), **BARATOUX** (J.), **BITOT** (P.), **BLANCHARD** (R.), **BONNAIRE** (E.), **BOTTEY** (F.), **BOUTEILLIER** (G.), **BOUDET DE PARIS**, **BRISSAUD** (E.), **BUDIN** (P.), **CAPITAN** (L.), **CAPUS** (G.), **CHABBERT**, **CHARCOT** (J.-M.), **CHARCOT** (J.-B.), **COMBY** (J.), **CORNILLON** (J.), **CRUET** (L.), **DAMALIX**, **DARIER**, **DEBOVE**, **DELASIAUVE**, **FÉRÉ** (CH.), **GILLES DE LA TOURETTE** (G.), **JOSIAS** (A.), **JOFFROY**, **JOUSSET DE BELLESME**, **KERAVAL**, **KOENIG**, **LANDOUZY** (L.), **LAVERAN** (A.), **LELOIR** (H.), **LOYE** (P.), **MAGNAN**, **MALHERBE** (A.), **MARCANO** (G.), **MARIE** (P.), **MAUNOURY** (G.), **MAYGRIER**, **MONOD** (CH.), **MUSGRAVE CLAY** (R. de), **NAPIAS** (H.), **PELTIER** (G.) **PETIT-VENDOL** (CH.-H.), **PILLIET** (A.), **PITRES**, **POIRIER** (P.), **PONCET** (de Cluny), **RANVIER**, **RAOULT** (A.), **RAYMOND** (E.), **RAYMOND** (P.), **REGNARD** (P.), **RENAUT** (J.), **REVERDIN** (de Genève), **RICHER** (P.), **ROUBINOVITCH**, **ROUSSELET** (A.), **SÉGLAS**, **SEVESTRE** (A.), **SIMON** (J.), **SOLLIER**, **SOREL** (R.), **STRAUS** (I.), **TALAMON** (CH.), **TARNIER**, **TEINTURIER** (E.), **TERRIER** (F.), **TERRILLON**, **TROISIER**, **VIGOUROUX** (R.), **VILLARD** (F.), **VOGT** (E.), **YVON** (P.).

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Basset, Bertillon (Mme), Blocq, Boiffin, Caryophillis, Cathelineau, Chavanne, Combemale, Cornet, Dagonet, Dubreuih, L.-E. Dupuy, Dutil, Edwards-Pilliet (Mme), Eperon, Freemann, Garnier, Gauthier (G.), Guinon (G.), Huchard, Ivanoff, Isch-Wall, Jaquet, Jonnesco, Lajard, Mabaret du Basty, Marie, Martha, Morax, Pactet, Péraire, Picquet, Plicque, Pujol, Raugé, F. Regnault, Regnier (L.-R.), de Saboia, Segond, Valière.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 27. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 2 JUILLET 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. J.-M. CHARCOT.

Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes.

UN DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ D'ORIGINE HYSTÉRIQUE (*vigilambulisme hystérique*) (*suite*) (1);

par GEORGES GUINON, chef de clinique à la Salpêtrière.

J'insiste sur ce point : c'est le jour même de l'entrée à l'hospice, quelques instants après l'admission, alors que la malade, encore entourée de sa famille, avait eu tout juste le temps de pénétrer dans la salle des malades pour y déposer ses affaires, que je l'ai prise des mains de ses parents, et, l'ayant emmenée avec moi, ai constaté d'emblée les principaux phénomènes qui caractérisent chacun des deux états. On comprend quelle importance ce fait doit acquérir au point de vue de la légitimité des phénomènes observés, surtout quand on sait que cette enfant arrivait d'une petite ville de province, où tout foyer de contagion nerveuse ou d'imitation simple faisait absolument défaut.

Dans la suite, on étudia plus minutieusement les phénomènes caractérisant chacun des deux états, et l'on arriva aux résultats suivants :

1° ETAT B (*Etat anormal, condition seconde, état de vigilambulisme*).

Je commence par décrire cet état parce que c'est celui dans lequel la malade se trouve le plus ordinairement. En réalité, bien que ce soit un état anormal, c'est son état habituel. Elle y entre à son lever et n'en sort qu'une fois couchée.

Elle y présente tout à fait l'aspect d'une personne normale. Sa physionomie est expressive; elle paraît tout à fait à son aise et exempte de toute souffrance. Elle va, vient, court, saute, parle comme une personne ordinaire. J'ai même pu constater à l'occasion du bal annuel de la Salpêtrière, le jour de la mi-carême, qu'elle savait encore danser et n'avait point oublié les rhythmes ni les pas des diverses danses qu'on lui avait apprises autrefois. Elle a parfaite notion de son existence et d'elle-même; elle sait parfaitement bien qu'elle est Marguerite D... et non une autre personne et dit sans hésiter son nom et son prénom. Mais si on veut pousser plus loin l'interrogatoire et lui demander des renseignements sur sa famille, on voit déjà apparaître les premières lacunes de mémoire dont l'ensemble suffit en somme pour constituer le dédoublement de la personnalité. Elle connaît le nom de son père, mais il ne faut pas lui en demander plus long; c'est tout ce qu'elle sait. Le reste de sa famille est pour elle dans la plus absolue obscurité.

Parmi les notions conservées dans cet état B, et qui ne contribuent pas pour peu de chose à lui donner l'aspect d'une personne ordinaire, se trouvent la lecture et l'écriture. Elle sait lire et écrire et elle ne fait pas plus de fautes d'orthographe, dans cet état, qu'elle n'en ferait dans l'état normal. Elle continue à coudre, à faire du crochet ou quelques autres ouvrages de femmes, correctement, sans maladresses ni défaillances de mémoire.

Elle sait lire les chiffres et les nombres composés de deux chiffres. Mais ses connaissances se bornent là en fait d'arithmétique. Si on cherche à lui faire lire le nombre 354 par exemple, elle lit : trois, cinq, quatre, ou trente-cinq, mais ne peut dire le nombre formé par les trois signes. On lui dit alors d'écrire trois cent cinquante-quatre, elle pose 3 et s'arrête là. Elle est en outre absolument incapable de faire une addition ou une soustraction, ni toute autre opération d'arithmétique, si simple qu'elle soit.

Mais ces phénomènes demandent à être cherchés, ils ne sautent pas aux yeux tout d'abord et, je le répète encore, cette jeune fille, dans cet état, présente, pour tout observateur non prévenu, médecin ou non, absolument l'apparence d'une personne ordinaire et normale. On ne saurait donc lui appliquer régulièrement l'épithète de *somnambule* et caractériser son état par la dénomination de *somnambulisme*. Le mot « *vigilambulisme* » proposé par MM. Egger et Lereboullet pour désigner l'état second de Félida (la malade de M. Azam dont l'observation est résumée plus haut) paraît de beaucoup préférable et doit passer dans l'usage. Nous continuerons donc à l'employer.

Mais cette jeune fille d'apparence normale est cependant malade; elle présente des troubles qui méritent d'attirer l'attention, et dont la présence justifierait à elle seule son séjour à l'hôpital. Elle a tout d'abord des crises de nerfs. Celles-ci sont simplement des attaques vulgaires d'hystérie, pas très violentes, mais suffisamment caractéristiques. Pas de période épileptoïde nette, non plus que de phase d'attitudes passionnelles, mais une phase de contracture ou de grands mouvements d'une violence modérée, au milieu desquels on retrouve l'attitude typique en arc de cercle. D'ailleurs pas de morsure de la langue, pas de miction involontaire pendant la crise. Nous sommes donc en plein dans le domaine de l'hystérie.

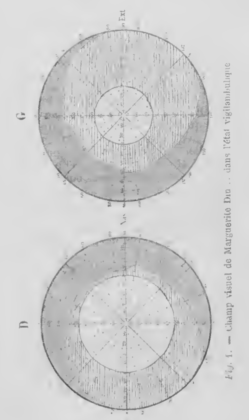


Fig. 1. — Champ visuel de Marguerite Dn... dans l'état vigilambulique

En effet, si l'on pousse plus loin l'examen on constate

(1) Voir *Progrès Médical*, nos 11, 13 et 19, 1892.

tout de suite la présence d'une anesthésie totale pour le contact, la douleur et la température. Cette anesthésie porte également sur les sens spéciaux : le goût, l'odorat, sont totalement abolis à droite et à gauche ; l'ouïe est fortement obnubilée des deux côtés. Du côté de la vision, on note un double rétrécissement du champ visuel, de 30° à gauche, de 50° à droite (v. *fig.* 1) et une dyschromatopsie presque complète : le malade ne voit plus que le rouge.

En ce qui concerne la motilité, il n'y a rien de particulier à signaler, sinon qu'il existe un certain degré de diathèse de contracture. La bande d'Esmark appliquée sur un membre le fait entrer immédiatement en contracture. Mais point de paralysies, point de contractures spontanées.

Si l'on s'adresse à la mémoire, on s'aperçoit tout de suite qu'il existe là un trouble considérable, qui fait véritablement de la personne actuelle, vigilambulique, une personne toute nouvelle. Cette deuxième personne n'a en effet aucune notion de la vie antérieure, autrement dit de la personne première. La malade connaît, on l'a vu, le nom de son père, son adresse, mais elle a totalement oublié les moindres détails comme les événements les plus importants de son existence pendant les années qui se sont écoulées depuis sa naissance jusqu'à une période assez nettement définie. Cette période, dont cependant on ne peut exactement fixer la date, ni surtout la durée, en raison de l'ignorance où nous nous trouvons des questions précises à lui adresser, et aussi parce que la transformation ne paraît pas s'être brusquement faite en un jour, paraît correspondre assez exactement au moment où elle a ressenti la violente émotion de la confession forcée pendant sa maladie.

A partir de ce moment la nuit est complète et la malade n'a pas la moindre notion de ce qui s'est passé avant cet épisode. Si on lui demande où elle a été élevée, qui lui appris à lire, si elle a été en pension, et où, elle est dans l'impossibilité absolue de répondre. « Je ne sais pas » dit-elle. Elle ne paraît d'ailleurs pas autrement étonnée de cette ignorance, mais bien plutôt agacée par ces questions qu'on lui pose et « auxquelles on devrait bien voir qu'elle est dans l'impossibilité de répondre. » Le champ des questions à adresser à une jeune fille de seize ans, élevée convenablement chez des parents (elle est orpheline) et qui n'a pas d'histoire, ayant toujours été heureuse, est assez limité. Quand nous lui demandons où elle habitait il y a deux ans et qu'elle nous répond : « J'habitais à P... » ; il se trouve que c'est vrai. Mais ce n'est pas parce qu'elle s'en souvient, c'est parce qu'en réalité elle n'a jamais quitté (sauf pendant ses années de pension) la ville de P... et que par hasard son affirmation se trouve être vraie. D'ailleurs elle ne s'aventure pas toujours ainsi, le plus souvent « elle ne sait pas, ou elle ne sait plus. »

Nous devons donc nous borner, pour caractériser cette amnésie totale, à la constatation de l'ignorance où elle se trouve de faits importants de sa vie antérieure (années de pension, renseignements sur sa famille).

Mais en scrutant plus attentivement on s'aperçoit que l'instruction qu'elle a pu acquérir a également disparu. Elle sait encore lire, écrire, coudre, il est vrai, mais elle ne peut pas calculer. En outre, elle ne sait pas un mot d'histoire, Jeanne d'Arc, Cléopâtre, Marc-Antoine, sont des inconnus pour elle.

Si on pousse encore plus loin, on voit qu'elle ne possède pas certaines notions fournies à chacun, tant par l'éducation et l'instruction que par l'expérience journalière de la vie. Nous avons pu constater ce fait dans une circonstance particulière.

Une jeune myopathique du service, nommée L..., venait de mourir. Marguerite, qui l'aimait beaucoup, en était tout attristée. Nous lui demandons alors : « Qu'est-ce qu'être mort ?» R. « C'est ne plus respirer. » (L... était morte phthisique avec de la dyspnée comme symptôme prédominant). D. « Que fait-on des morts ? » R. « On les met dans une voiture. » D. « Comment s'appelle cette voiture ? » R. « Un corbillard. » D. « Où vont les morts ? » R. « Je ne sais pas. » D. « Qu'est-ce qu'une bière ? » R. « Je ne sais pas ; on ne me l'a jamais dit. D. « Mais on les porte en terre, les morts ? » R. « Je ne sais pas. » D. « Tu n'as pas peur des mortes ? » R. « Non. » D. « Y a-t-il des morts ici ? » Elle jette un regard circulaire sur les quelques personnes réunies dans le cabinet du médecin et répond : « Non, tout le monde respire. » D. « Tu n'as jamais vu de mort ? » R. « Non. » D. « Eh bien ! et ton père ? » R. « Je ne ais pas. » D. « Où va-t-on après la mort ? » R. « Je ne sais pas. » D. « Connais-tu l'enfer ? » R. « Je n'y suis jamais allée.» D. « Sais-tu ce que c'est que l'âme ? » R. « Qu'est-ce que c'est que ça ?»... D. « Qu'est-ce que c'est qu'un cimetière ? » R. « C'est un jardin avec des croix. » D. « Qu'y met-on ? » R. « Je n'en sais rien. »

Il y a là, comme on le voit, ignorance de notions acquises tant par l'instruction que par la pratique journalière de la vie. Mais ce qu'il y a de bizarre, c'est que la malade conserve pour ainsi dire automatiquement la correspondance de la représentation graphique et littérale de l'orthographe de ces mots dont elle ignore si complètement le sens. Le lendemain de ce jour où on l'avait soumise au précédent interrogatoire, on lui fait écrire sous dictée les lignes suivantes : « L... est morte et *enterrée*. On la mettra dans le *cimetière*. On la mettra dans la fosse où son corps pourrira, malgré le *cercueil* ou autrement dit la *bière*. » Elle écrit tout cela correctement, sans hésiter et sans faute d'orthographe. Mais, interrogée sur le sens de ces mots : *enterrée, cimetière, cercueil, bière*, elle est dans l'impossibilité absolue, comme la veille, d'en donner le sens.

Si elle a presque tout perdu dans cet état B, en revanche elle a fait quelques acquisitions nouvelles. Depuis qu'elle est à l'hôpital elle a lié connaissance avec la plupart des malades du service et, en particulier, successivement avec deux d'entre elles, tout d'abord avec Marie H... (une vigilambule comme elle, dont l'observation se trouve plus loin) et ensuite avec Marguerite F... (1) On verra plus loin à la suite de quelles circonstances elle s'est brouillée avec la première et liée avec la seconde. Elle passe toutes ses journées avec l'une ou l'autre de ces deux femmes. Elles « font popote » ensemble, si l'on peut dire, partagent leurs bijoux, leur argent, sortent ensemble en ville avec leur famille. Elle les connaît donc parfaitement bien et paraît les aimer beaucoup. Elle connaît également les surveillantes, les infirmières, tout le personnel médical du service, ainsi que toute la topographie de la Salpêtrière et, en particulier, une sorte de grand jardin où les malades vont se promener pendant la journée et que l'on appelle « la hauteur ». Tous ces détails ne sont point oiseux, comme on le verra par la suite.

Ce sont là des notions nouvelles, des sentiments nouveaux acquis par l'habitude et par le train-train de la vie de tous les jours. Il en est d'autres que l'on pourrait appeler accidentels et qui résultent d'un fait isolé, d'un événement particulier.

Un jour Marguerite, dans une des sorties qu'elle faisait de temps en temps avec sa famille, est emmenée par elle (toujours en état B, puisque cela se passait pendant le jour) à une matinée du théâtre de la Porte-Saint-Martin et assiste à la représentation d'une pièce intitulée « Cléopâtre ». Le lendemain, nous l'interrogeons sur ce qu'elle a vu. Elle se souvient bien d'avoir vu cette pièce, mais il ne faut pas trop lui demander de détails. Cléopâtre, « c'est une femme qui se fait mourir avec un serpent. » Marc-Antoine, « c'est un monsieur intéressé dans l'affaire, » mais elle ne sait qui il est, d'où il vient, quel est son pays. S'agit-il d'histoire romaine, d'événements accomplis en Egypte ? Elle ne sait pas, elle ne se souvient plus. « Du reste elle n'a jamais appris d'histoire. » Au bout d'un certain temps, elle se rappelle encore être allée voir « Cléopâtre » mais ses notions au sujet de la pièce et de

(1) L'observation de cette malade a été publiée à cette place dans une leçon de M. Charcot sur l'œdème bleu hystérique. (*Progrès Méd.*, 1890.)

ses personnages deviennent de plus en plus confuses. Elle finit par ne plus savoir comment Marc-Antoine était habillé, de quel pays Cléopâtre était reine, etc...

Il semble d'après cela, et d'après d'autres exemples que nous ne saurions rapporter ici, que les notions nouvelles acquises accidentellement dans l'état B, sont peu profondes et n'ont par suite que peu de tendance à persister. De là cette sorte d'indifférence rieuse avec laquelle elle traverse l'existence, ne s'intéressant guère aux événements de chaque jour et les prenant presque toujours gaiement.

Mais ce n'est pas tout : le jour même de l'entrée de la malade à l'hôpital, je m'aperçus qu'elle présentait certains signes que l'on est habitué à rencontrer dans l'hypnotisme et qui en caractérisent ordinairement les différents états. J'ai déjà parlé de la diathèse de contracture que l'on met en évidence à l'aide de la bande d'Esmark. De là à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire que M. Charcot a décrite dans la léthargie, il n'y a qu'un pas. Ce n'est pas évidemment le phénomène à son plus haut degré de développement que l'on observe chez elle. et avec toute la délicatesse qu'il peut en revêtir chez certaines léthargiques. Mais en pressant sur un muscle on le fait entrer en état de contracture permanente, que l'on peut faire cesser en exerçant la même manœuvre sur les muscles antagonistes.

Si l'on vient à produire auprès d'elle, et sans qu'elle soit avertie, un bruit d'intensité moyenne, tel que celui qui résulte d'un léger coup de poing sur une table, ou de la chute sur le plancher d'un objet sonore, comme une cuiller par exemple, elle tombe immédiatement en catalepsie, interrompue dans le geste ou l'attitude du moment. Nous l'avons aussi maintes fois surprise dans quelque travail d'aiguille, ou mettant la main sur le bouton d'une porte qu'elle se préparait à ouvrir. Elle reste alors comme figée dans l'attitude qu'elle présentait, le geste qu'elle exécutait au moment où le coup s'est produit. Si on la retire alors de cette position on s'aperçoit que ses membres présentent la flexibilité, la mollesse spéciales à l'état cataleptique. On les meut sans rencontrer de résistance, et s'ils gardent la position qu'on leur donne, c'est sans l'intervention de cette rigidité qui fait souvent croire à de la catalepsie dans des cas où il n'y a en réalité que de la contracture. La catalepsie chez elle n'est pas tout à fait parfaite, en ce sens que l'on n'y trouve pas la suggestibilité par le sens musculaire et les sens spéciaux, qui caractérise les cas complets.

On sait que l'on peut, chez certaines hystériques hypnotisables, produire la catalepsie par un bruit subit et éclatant. Notre cas diffère de ceux-là en ce qu'il suffit, pour arriver au même résultat, d'un bruit d'intensité fort modéré.

Jusqu'ici nous sommes encore, malgré tout, bien loin de l'état normal, ces phénomènes pouvant être à la rigueur considérés comme l'exagération de dispositions habituelles chez les hystériques hypnotisables (diathèse de contracture, production de la catalepsie par un bruit subit et inattendu). Mais voici qui nous en éloigne considérablement. La jeune Marguerite présente, dans cet état apparent de veille, quelques-uns des phénomènes somatiques et psychiques du somnambulisme hypnotique, et non des moins importants : la contracture par excitation légère de la peau et la suggestibilité somnambulique. D'une part en soufflant sur la peau on fait contracturer les muscles sous-jacents; d'autre part, la malade accepte à peu près sans résistance toutes les suggestions verbales qu'il plaît à l'observateur de lui imposer.

Nous avons tout essayé dans cet ordre d'idées, depuis les choses les plus simples et les plus naturelles, jusqu'aux choses les plus compliquées et les plus grotesques. On lui a fait voir et caresser un chien ou un chat imaginaires; on lui a présenté des élèves du service comme coiffés de casques à panaches ou de bonnets de coton. Elle s'étonne un peu, mais rit des choses ridicules sans se préoccuper de leur invraisemblance ou de leur inopportunité, les acceptant sans chercher à les contrôler.

Cette suggestibilité est telle qu'elle a failli coûter cher à cette malheureuse enfant ainsi qu'à sa compagne, Marie H..., notre autre somnambule.

Pendant l'été de 1890, parmi les nombreux médecins étrangers qui fréquentaient le service de clinique, se trouvait un homme, qui s'était présenté à nous comme docteur en médecine et que M. Charcot avait autorisé à suivre le service. Cet homme n'était sans doute qu'un vulgaire charlatan, quelque magnétiseur de foire qui s'était introduit à la Salpêtrière à la recherche de quelque « sujet » qu'il espérait y rencontrer et emmener avec lui. Nos deux vigilambules lui convinrent probablement et ce fut sur elles qu'il jeta son dévolu. Alors à la faveur de son titre emprunté (du moins j'aime mieux croire qu'il en était ainsi), titre qui lui ouvrait les portes de l'hospice dans la matinée à l'heure de la visite, il revint seul dans l'après-midi, s'aboucha avec les malades dans les jardins de l'hospice. Il leur proposa de les emmener avec lui à Rome, dans son hôpital où il avait mille(!) hystériques. « Il les soignerait bien, les guérirait et si de temps en temps il les montrait à ses cours, il leur donnerait en échange des robes, des bijoux à foison. On les soignait mal à la Salpêtrière, on les plongeait de plus en plus profondément dans la maladie, etc... etc... » En peu de temps il retourna si bien ces deux pauvres têtes détraquées qu'elles devinrent indociles, insupportables, semant le trouble dans toute la salle.

L'une d'elles, moins rusée que l'autre, se targua un jour devant moi de ses espérances et des propositions qu' « on » lui avait faites. Je les soumis immédiatement à une surveillance étroite et malgré tout j'eus toutes les peines du monde pendant une dizaine de jours pour arracher de leur cervelle les suggestions que cet individu y avait fait entrer. Mais les choses finirent par rentrer dans l'ordre et alors, seulement, j'appris la cause de tout cela et les agissements de notre pseudo-docteur, qui fut, inutile de le dire, à sa première apparition dans l'hôpital, mis à la porte avec tous les honneurs dus à son inqualifiable conduite.

On voit par cet exemple à quel degré notre malade est suggestionnable. L'expérience de la photographie le prouve encore surabondemment. On met devant les yeux de la malade un carré de bristol au verso duquel on a fait au préalable tout en haut un signe invisible pour elle. On fixe avec énergie, par des objurgations réitérées, sur le bristol, une hallucination visuelle, par exemple la photographie de M. Charcot tel qu'il se présente le plus habituellement aux yeux des malades, assis dans son fauteuil, dans son cabinet, à l'hospice. Lorsque l'hallucination est bien fixée, on place, hors de la vue de la malade, le bristol marqué, dans un paquet d'autres cartes semblables. Au bout de quelque temps, une demi-heure, quelques heures, un jour, on présente à la malade le paquet de cartes en lui disant d'y chercher, qu'il y a quelque chose pour elle. Aussitôt qu'elle arrive sur une certaine de ces cartes, elle la prend en souriant et la met de côté, en disant que c'est le portrait de M. Charcot. Si on regarde alors au verso, on y retrouve la marque de convention et on voit que c'est bien celle où avait été fixée l'hallucination de photographie, laquelle est encore bien nette, puisqu'elle la place toujours dans le bon sens et la retourne si on l'avait mise la tête en bas, disposition toujours facile à contrôler, grâce à la situation du signe de convention.

Les suggestions peuvent même parfois prendre le caractère de suggestion post-hypnotique (si l'on peut employer ici ce terme) et être transportées dans l'état A. Alors la malade pendant une période d'état normal provoquée voit et retrouve encore la photographie, le chien ou le chat, l'élève du service coiffé d'un casque à panache ou d'un bonnet de coton. Cette période d'état A passée, elle voit encore l'hallucination suggérée dans la phase d'état B consécutive, ce qui prouve nettement la continuité des diverses périodes d'état second, même interrompues par des périodes intercurrentes d'état normal.

Disons tout de suite ici, bien que ce soit empiéter sur la

description de l'état A, que la malade dans celui-ci ne prend pas de la même manière, par exemple, l'hallucination grotesque de l'élève coiffé d'un casque à plumes. Dans l'état B, elle rit comme une folle ; dans l'état A, elle s'indigne, et s'adressant à moi, par exemple, me demande « comment ce monsieur a eu l'audace de commettre une telle inconvenance et de se présenter dans une pareille tenue devant son chef de service, M. Charcot. » Il y a là une petite nuance de sentiments assez intéressante à noter et qui montre bien cette indifférence de la malade dans l'état B, à laquelle je faisais allusion plus haut.

Tels sont les phénomènes qui caractérisent l'état de vigilambulisme chez cette jeune fille. Voyons maintenant quels sont ceux de l'état A ou état normal. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Organisation des consultations externes dans les hôpitaux.

Cette question si intéressante pour les malades que la nécessité contraint de recourir à l'Assistance publique et pour l'enseignement pratique de la médecine vient d'être remise à l'ordre du jour par une proposition de M. Dubois au Conseil municipal et par des articles de MM. Juhel-Renoy et Capitan.

La proposition de M. Dubois est ainsi conçue :

« Le Conseil, considérant qu'il est important que les consultations dans les hôpitaux soient faites avant les visites dans les salles (1) ; que les consultations et les visites ne peuvent être faites, dans la même matinée, sans graves inconvénients, par les médecins et les chirurgiens du service ; considérant, d'autre part, qu'il est impossible que trois docteurs en médecine, deux médecins et un chirurgien puissent assurer d'une façon sérieuse au Bureau central le service des consultations qui, en hiver, s'élèvent parfois au chiffre invraisemblable de 1.200,

« Emet le vœu : Que le nombre des médecins et chirurgiens du Bureau central (actuellement 24 médecins et 12 chirurgiens) soit augmenté dans une proportion raisonnable.

M. Capitan, dans la *Médecine moderne* (n° 22, p. 354), trace d'après M. Juhel-Renoy le tableau aussi triste que véridique de la consultation telle qu'elle se fait dans un très grand nombre de services. Puis, il ajoute :

« M. Juhel-Renoy avait proposé une chose fort simple : créer dans chaque grand hôpital un service de consultation confié à un personnel spécial, fonctionnant tous les jours et composé d'un médecin du Bureau central, d'un interne et de 3 ou 4 externes... Ce projet nécessiterait la création d'une dizaine de places nouvelles de médecins du Bureau central et de quelques internes. »

M. Capitan fait ensuite la critique sévère, mais juste, de la consultation dite du Bureau central, qui se fait chaque après-midi à l'Hôtel-Dieu.

« C'est une lourde et pénible tache qui, certes, pour être bien remplie, exigerait un personnel de médecins plus considérable que celui qui fonctionne actuellement... La besogne est au-dessus des forces d'un seul consultant : pour être bien faite, *la consultation du Bureau central devrait être divisée entre plusieurs médecins, opérant simultanément dans trois ou quatre grands hôpitaux.* »

Tout d'abord un mot d'historique. Il est indispensable parce que notre ami Capitan attribue à M. Juhel-Renoy la paternité d'une réforme sur laquelle le *Progrès médical* n'a cessé depuis 17 ans d'appeler l'attention des médecins et des administrateurs. Voici en effet les conclusions d'un article sur la *suppression du Bureau central* que nous avons publié dans le numéro du 27 novembre 1875 et dans lequel nous avons, nous aussi, fait un tableau des consultations externes des hôpitaux :

1° Suppression du Bureau central ; — 2° Division de Paris en *circonscriptions hospitalières* ; — 3° Réception des malades indigents dans l'hôpital de leur circonscription : — 4° Consultation pour l'admission dans les hôpitaux par les médecins et les chirurgiens titulaires (1) ; — 5° *Consultations externes*, vaccinations, distribution des bandages, etc., par les médecins et les chirurgiens du Bureau central ; — 6° Distribution de médicaments dans tous les hôpitaux, aux malades externes, par les internes en pharmacie, sous la surveillance du pharmacien en chef.

Plus tard, pour compléter l'organisation des consultations externes et en faciliter le fonctionnement, nous avons ajouté un septième paragraphe : « distribution d'un secours de maladie » et nous avons fait voter par le Conseil municipal l'augmentation du nombre des médecins et chirurgiens du Bureau central (2).

Ces idées nous ont valu assez de critiques et même d'inimitiés pour que nous puissions en rappeler l'origine. Aujourd'hui elles ont fait leur chemin. Elles sont acceptées par un grand nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux et défendues par plusieurs journaux de médecine et, en dernier lieu, par la *Médecine moderne*, le *Journal de méd. de Paris* (n° 26) et le *Journal de laSanté* (n° 26). C'est donc avec plaisir que nous reproduisons, en y applaudissant, la conclusion de notre ami le Dr Capitan :

« Donc, une réforme urgente s'impose et elle ne peut être réalisée que si on crée de nouveaux médecins du Bureau central. La proposition de M. Dubois est donc absolument justifiée : elle doit être appuyée par le public médical et mérite d'être acceptée par le Conseil municipal. » B.

L'Epidémie cholériforme.

Nous avons déjà donné quelques renseignements sur l'épidémie cholériforme qui a sévi sur un certain nombre de communes de l'ouest et du nord-ouest du département de la Seine et dans quelques quartiers de Paris. Nous avons insisté sur ce fait que l'épidémie avait surtout sévi sur les hospitalisés de la maison de Nanterre, où se trouvent réunies toutes les plus mauvaises conditions de l'hygiène : encombrement, mauvaise alimentation en eau, nourriture si insuffisante et si défectueuse que beaucoup d'hospitalisés vont mendier dans les communes voisines.

L'épidémie a débuté le 5 avril. Depuis lors jusqu'au 25 juin, on comptait 159 décès. Quant au nombre exact des cas, on ne le connaît pas. Là où l'on a pu avoir des renseignements précis, on a constaté une mortalité considérable, par exemple 44 décès sur 55 cas, à Nanterre; 13 décès sur 19 cas, à Argenteuil, etc. L'examen bactériologique, d'après M. Netter, montrerait que le bacille trouvé dans l'intestin des malades qui succombent à ces accidents cholériformes présente de grandes analogies avec le bacille cholérique indien récent.

Le Comité d'hygiène publique de France et le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine se sont occupés, presque dans toutes leurs séances de mai et de juin, de cette épidémie. M. Proust, entre autres, a donné chaque semaine au Comité des détails intéressants, et, lundi dernier, il a lu un rapport d'ensemble qui doit paraître au *Journal officiel*.

(1) Cela n'est guère possible en pratique. La consultation telle que tout le monde la voudrait, exigera au moins deux heures et même davantage à certains jours, surtout si les médecins consultants font de l'enseignement.

(1) C'était afin de ménager les susceptibilités des chefs de service qui désirent choisir eux-mêmes leurs malades.

(2) Voir aussi le n° 8 de cette année, pages 133 et 134.

Nous avons insisté personnellement pour cette publication, afin de répondre à certains journaux qui prétendent qu'on cache la vérité, et aussi pour faire voir que s'il y a une épidémie cholériforme, elle n'a pas une grande tendance, jusqu'à présent, à prendre de l'extension : 159 décès en près de *trois mois*. Ce n'est pas à dire, pourtant, que l'administration n'ait pas le devoir de prendre ses précautions.

Au Comité, de même qu'au Conseil d'hygiène, tout le monde paraît d'accord pour attribuer cette épidémie aux eaux de mauvaise qualité empruntées à la Seine, qui servent à l'alimentation des communes qui ont été plus particulièrement atteintes. Les chaleurs excessives du mois d'avril ont certainement contribué à exciter la fermentation de ces mauvaises eaux et les ont ainsi rendues plus nocives que d'habitude. On a conseillé, en conséquence, aux habitants des communes intéressées, de ne faire usage que d'eau stérilisée.

Cette épidémie, ses causes, prouvent une fois de plus la nécessité qui s'impose de plus en plus de procéder à l'assainissement de la Seine. Le Conseil municipal de Paris a donc l'impérieux devoir de ne plus temporiser dans l'exécution des travaux qui doivent débarrasser ce fleuve de ses immondices. B.

Dans la séance du 30 juin du Conseil général, M. Péan et M. Vaillant ont posé à l'administration des questions au sujet de la distribution d'eau et de l'état sanitaire de la banlieue. « Nous avons le devoir, a dit M. Vaillant, de faire appliquer les mesures, toutes les mesures qu'il y a lieu de prendre, si petit, je le répète et je l'espère, que puisse être le péril, et je vous propose de voter l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil : Invite l'Administration à faire appliquer dans toutes les communes où sévit l'épidémie cholériforme les mesures d'alimentation en eau, de prévention et de désinfection à domicile et par étuves prescrites en cas pareil par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine.

« Signé : VAILLANT. »

Bien que MM. Péan et Vaillant aient limité l'exposé de la situation à ce qu'elle est en réalité, c'est-à-dire peu grave, ils ont été interrompus par des exclamations de ce genre : « Vous jetez l'alarme ! » « Vous effrayez les habitants de la banlieue ! » Ce sont là des interruptions au moins singulières. Nous avons toujours pensé que le mieux était de faire connaître très exactement la situation et personnellement nous n'y avons jamais manqué. B.

L'Hygiène des Travailleurs.

Mercredi dernier a été adopté, par le Sénat, le projet de loi concernant l'*hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels*.

Le rapporteur, M. Morel, après avoir fait un court historique du projet, a montré que sur 1,000 ouvriers, 47 sont victimes d'accidents, dont 4 mortels, et que cette situation ne pouvait manquer d'attirer l'attention. C'est pourquoi on a vu plusieurs députés et ministres apporter devant les Chambres des projets ou propositions propres à remédier au mal rappelé par M. Morel.

Le projet soumis au Sénat et déjà voté par la Chambre est la résultante de propositions antérieures. L'art. 1er définit les établissements auxquels la loi devra s'appliquer. L'art. 2 indique d'une manière générale que les établissements industriels doivent présenter les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé du personnel. L'art. 3 s'occupe des règlements d'administration publique qui seront rendus pour l'exécution de la loi. Les derniers articles fixent, comme il est facile de le soupçonner, les pénalités. La contravention constatée, procès-verbal est dressé par l'inspecteur, et l'industriel est poursuivi devant le tribunal de simple police et puni d'une amende de 5 à 15 francs. Le jugement fixe, en outre, le délai dans lequel les travaux exigés par la loi devront être exécutés.

La Commission du Sénat s'est efforcée, dans sa rédaction, de concilier les intérêts de l'industrie nationale avec ceux de la santé et de la sécurité de la classe laborieuse ; mais cela n'a pas empêché M. Camescasse de formuler quelques critiques. Le principal reproche qu'il fait à cette rédaction est de tenir tout entier dans son article 3, lequel renvoie à des règlements d'administration publique le soin d'édicter toutes les mesures d'application. Aussi M. Camescasse s'est réservé de déposer des amendements au cours de la seconde lecture du projet de loi.

Ce court débat terminé, les divers articles ont été adoptés et le Sénat a décidé de passer à une deuxième délibération.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 juin 1892. — PRÉSIDENCE DE M. D'ABBADIE.

M. ARLOING. — *De l'influence des filtres minéraux sur les liquides contenant des substances d'origine microbienne.* — Pour étudier les changements apportés par les filtres minéraux dans la proportion des différentes substances déversées par la vie microbienne au sein des milieux où elle s'est accomplie, M. Arloing s'est servi du liquide qui s'échappe des pulpes de betterave de sucrerie après leur fermentation en silos. Il a vu que le filtre minéral retient proportionnellement une plus grande quantité de substances définitivement insolubles dans l'eau après l'action de l'alcool, que de substances solubles. Si la bougie a déjà servi plusieurs fois à filtrer le même liquide ou des liquides différents, après avoir été stérilisée chaque fois à l'autoclave, sa force détentive diminue beaucoup. Si la bougie a servi moins souvent, elle retient dans une proportion moyenne. Si la pâte d'amiante a moins d'affinité que le filtre de porcelaine pour l'ensemble des substances dissoutes, il en a beaucoup plus pour les matières diastaséiformes. En conséquence, on peut dire que les filtres à pâte minérale jouissent de précieuses qualités pour leur application à l'hygiène, puisqu'ils retiennent plus que les microbes parmi les corps qui peuvent souiller les eaux, mais offrent, au point de vue expérimental, de sérieux inconvénients, qui trompent sur les véritables propriétés des sécrétions microbiennes et rendent les expériences faites avec les cultures filtrées, à des moments et dans des lieux divers, très difficilement comparables.

M. Ch. RICHET. — *De l'action de quelques sels métalliques sur la fermentation lactique.* — Certains sels métalliques, même à faible dose, ralentissent le développement du ferment : par exemple, le sulfate de cuivre et le sublimé, à la dose de 1 milligr. par litre. Il y a une autre dose empêchante, différente de la dose ralentissante. Ces deux doses sont dans un rapport variable pour chaque corps métallique. A dose plus faible que la dose ralentissante, les métaux exercent tous une action accélératrice. Il faut distinguer pour chaque poison des doses indifférente, accélératrice, ralentissante et empêchante. L'effet toxique du poison porte moins sur l'activité chimique propre du ferment que sur sa pullulation. Il y a une loi biologique

qui semble se surajouter à la loi chimique de toxicité des métaux. Ainsi, certains métaux, qui sont chimiquement très semblables, sont de toxicité très différente, suivant qu'ils sont rares ou communs. Les métaux rares auxquels le ferment n'est pas accoutumé paraissent plus toxiques que les métaux communs. On peut classer d'une manière très élémentaire les poisons métalliques qui agissent sur la fermentation lactique en trois groupes, selon que leur toxicité est appréciable : 1° par dixièmes de molécule : sodium, potassium, lithium, magnésium, calcium, strontium, baryum ; 2° par millièmes de molécule : fer, manganèse, plomb, zinc, uranium, aluminium ; 3° par cent millièmes de molécule : cuivre, mercure, or, platine, cadmium, cobalt, nickel.

M. Morat. — *Origines et centres trophiques des nerfs vaso-dilatateurs.* — L'excitation centrifuge de la plus grosse des racines postérieures lombaire et généralement de celle qui la précède et de celle qui la suit, produit la vaso-dilatation directe et primitive des vaisseaux de la pulpe des régions palmaires et digitales du membre inférieur chez le chien et le chat. Il y a donc dans les racines postérieures de la moelle épinière, à côté des éléments centripètes, dont on pourrait les croire exclusivement formées, une petite proportion d'éléments centrifuges dont l'activité correspond à une dilatation des vaissoaux. D'autre part, les dilatateurs des vaisseaux sont, dans leur ensemble, partagés d'après une proportion qui reste à déterminer entre les racines antérieures et postérieures. Si l'on coupe entre la moelle et le ganglion les trois racines postérieures vaso-dilatatrices et qu'après un délai de quinze jours on excite à nouveau le bout périphérique, on voit la vaso-dilatation se reproduire comme avant. Par conséquent le centre trophique de ces nerfs dilatateurs est dans le ganglion de la racine postérieure. Ainsi, les nerfs inhibiteurs des vaisseaux quittent la moelle, les uns par la voie des racines antérieures, les autres par la voie des racines postérieures. Le centre trophique des nerfs vaso-dilatateurs contenus dans la racine antérieure paraissent siéger dans la moelle.

V. Morax.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 juin 1892. — Présidence de M. Chauveau.

M. et Mme Déjerine ont étudié le *trajet des fibres nerveuses intra-cérébrales*; en choisissant en particulier les fibres naissantes des centres visuels. Il existe en effet entre les deux centres oculaires une commissure que la physiologie nous démontre nécessaire pour l'association des impressions d'un centre à l'autre. C'est dans le genou du corps calleux que se rencontre cette commissure ; et on peut l'établir de la façon suivante : Dans l'hémiopie on rencontre constamment (3 fois sur trois hémiopiques) un foyer de dégénération des fibres nerveuses, avec corpuscules granuleux, au bourrelet du corps calleux sus-indiqué, à la suite de lésion de la zone corticale visuelle.

MM. Phisalix et Charrin ont cherché à *transformer le bacille pyocyanique en un bacille ne produisant pas de pigment* ; et ils ont réussi à obtenir une variété achromogène en faisant vivre le bacille à une température moyenne de 42°. A la quatrième génération il donne une forme dépourvue de pigments, mais qui, inoculée au lapin, peut reconquérir sa fonction pigmentaire. En prenant des générations plus éloignées on n'obtient plus de pigment, même en choisissant comme animal de passage la grenouille, chez laquelle la fonction pigmentaire du bacille s'exalte à l'état normal. Les propriétés infectieuses de la variété créée par MM. Charrin et Phisalix ne sont d'ailleurs pas affaiblies si on les compare à celles du bacille chromogène normal.

M. Viault a observé au Pic du Midi et dans la Cordillière des Andes que le séjour dans les altitudes *augmentait beaucoup le nombre des globules et la capacité respiratoire du sang.* Cette hyperglobulie disparaît très rapidement quand le sujet en expérience revient dans les terres basses à la pression habituelle.

M. Retterer fait une communication sur l'*épithélium vaginal des rongeurs* qui établit qu'il existe dans cet épithélium et surtout au voisinage du col des cellules à mucus développés, surtout pendant la gestation.

M. Johannes Chatin dépose une note sur l'*organe de Corti.*

A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 juin 1892. — Présidence de M. Regnault.

M. Michaux rapporte un cas de *gastro-entérostomie suivi de guérison avec résultats remarquables.* Tandis qu'à l'étranger l'extirpation partielle de l'estomac et les gastro-entérostomies sont assez fréquemment pratiquées, elles le sont très rarement en France, et peut-être à tort si l'on en juge par le fait suivant. Il s'agit d'une femme de 42 ans qui présentait une tumeur de la région épigastrique avec tous les signes du cancer. Le début remonterait à dix ans, où la malade avala une pièce dentaire. Depuis cinq ans elle a eu des vomissements alimentaires, puis sanguins, et du melœna. Enfin, depuis deux ans, la tumeur épigastrique est apparue. Elle est dure, mobile sous les téguments et sur les parties profondes. La malade a maigri de 50 livres depuis deux ans. Le visage est jaune, terreux. Le foie est normal, les urines rares et ne renferment que 10 grammes d'urée par litre. L'incision exploratrice fait découvrir un cancer occupant le pylore et la petite courbure de l'estomac. La gastroentérostomie est immédiatement pratiquée suivant le procédé de von Hacker, en anastomosant, à travers le grand épiploon, la face postérieure de l'estomac à la face antérieure de la première anse du jéjunum. L'estomac et l'intestin sont replacés dans le ventre, et la paroi abdominale refermée. Les suites de l'opération ont été excellentes. Pas de fièvre. Au bout de cinq jours, la malade est alimentée par la bouche. La paroi abdominale est réunie par première intention, et au bout de six mois la malade quitte le service dans les conditions suivantes : 1° Depuis son opération elle n'a plus eu la moindre nausée, le moindre vomissement ; 2° Les douleurs ont disparu et c'est à peine s'il reste un peu de pesanteur au creux épigastrique ; 3° La malade se lève, marche, a repris des forces ; 4° En un mois et demi elle a engraissé de 18 livres ; 5° La quantité d'urine est montée de 400 grammes à 1,500 grammes ; 6° L'urine, qui ne contenait que 10 grammes d'urée par litre, en contient aujourd'hui 17 gr. 05, soit 25 grammes par jour, taux normal chez la femme (1).

M. G. Sée fait une communication sur le *nouveau régime alimentaire pour l'individu sain et pour le dyspeptique.* Il n'y a que les substances qui brûlent et fournissent des calories qui soient de véritables aliments et, à ce point de vue, il n'y a que trois aliments : les albumines, les graisses et les hydrates de carbone. L'albumine fournit 4, 1 calories ; la graisse 9, 3 ; les hydrates de carbone 4, 1 ; l'alcool 7, 3. Quant aux aliments minéraux ils ne se consument pas. La ration azotée moderne diffère de la ration ancienne par une consommation moitié moindre d'albumine, un peu plus de graisse et bien davantage d'hydrates de carbone. La ration actuelle fournit 2,866 calories contre 2,825 l'ancienne. Les aliments pour être nourrissants doivent renfermer le plus possible d'élément thermogène et, de plus, avoir des qualités qui produisent une satisfaction du goût et de la faim. Enfin, ils doivent présenter de la digestibilité stomacale et la possi-

(1) Le numéro de juillet de 1892 des *Archives provinciales de Chirurgie* publiera plusieurs observations de gastro-entérostomies exécutées dans des conditions identiques par M. le Dr Jaboulay (de Lyon), professeur agrégé. Si c'est la publication du sommaire du premier numéro de cette revue qui a déterminé cette présentation à l'Académie de médecine, les fondateurs de ces nouvelles *Archives de Chirurgie* doivent s'estimer heureux d'avoir rappelé l'attention en France sur la chirurgie stomacale. (*N. d. l. R.*).

bilité d'être absorbés par l'intestin. La digestibilité des aliments résulte de la faculté de se mettre en contact avec le suc gastrique, et la durée du séjour dans l'estomac n'est pas une raison absolue d'indigestibilité. Quant à l'assimilation dans l'intestin, elle ne correspond pas à la digestibilité dans l'estomac. Les aliments les mieux assimilés sont la viande, les œufs, le fromage et les hydrates de carbone, et, dans les végétaux, les albuminates. Les fécules sont complètement absorbées et les graisses pour la plus grande part.

M. Périer lit un rapport à propos de deux travaux de M. Doyen (de Reims) sur *quelques cas de pyloroplastie et de pylorectomie* (1).

M. Tarnier présente une femme chez laquelle il pratiqua la *symphyséotomie*. Il s'agit d'une femme de 31 ans, rachitique, avec un bassin de 9 centimètres dans le diamètre promonto-pubien. Ses 3 premiers accouchements furent terminés par la céphalotripsie et le quatrième par la basiotripsie. Pour le cinquième, la symphyséotomie fut faite au 8e mois. Les suites opératoires ont été excellentes et l'enfant est vivant et bien portant.

Elections. — *Election d'un membre titulaire.* — Sur 77 votants, M. Paul Berger obtient 54 voix (*élu*), et M. Nicaise, 23.

Election pour la place vacante dans la *section de thérapeutique*. La liste de présentation est dressée de la façon suivante : 1° M. Dumontpallier ; 2° M. Debove ; 3° M. Hallopeau ; 4° M. Laveran ; 5° et *ex æquo* MM. Ferrand et Huchard. — L'Académie adjoint en outre à cette liste M. R. Blanchard. P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 juin. — Présidence de M. Desnos.

M. Legendre, à l'occasion du procès-verbal, rapporte une nouvelle observation de *contagion d'érysipèle de la face* chez un individu atteint d'impétigo de la face. L'érysipèle fut grave et guérit par les bains froids.

M. Siredey présente un malade atteint de *lipômes très volumineux, généralisés et symétriques*. Le malade, âgé de 68 ans, est entré dans mon service à l'Hôtel-Dieu annexe pour du rhumatisme articulaire subaigu avec purpura des membres inférieurs. Les tumeurs ont débuté brusquement (du jour au lendemain) à l'âge de 31 ans. C'est au cou que les tumeurs se sont manifestées des premières ; ensuite sont apparues celles de la nuque, avec une brusquerie aussi marquée que celles du cou. Ces renseignements m'auraient paru suspects, si des observations antérieures n'avaient été présentées par MM. Desnos et Potain. On peut admettre que ces lipômes sont dus à une fluxion des tissus sous-cutanés sous l'influence du rhumatisme. Ceux de ce malade sont intéressants par leur siège, leur nombre, leur volume, leur aspect symétrique. Celui du cou semble descendre derrière le sternum et comprimer la trachée, étant donnée l'oppression que présente le malade ; mais ce dernier est atteint d'aortite et d'artério-sclérose. Sur les bras, les lipômes sont plus diffus qu'au niveau du cou et de la nuque ; on rencontre enfin d'autres tumeurs sur les membres inférieurs et au niveau de l'orifice inguinal externe.

M. Catrin. — J'ai vu dans le service de M. Bouveret, à Lyon, une vieille femme chez laquelle des tumeurs semblables apparaissaient subitement. La malade ressentait une douleur vive, et elle savait que dans ce point même allait apparaître un de ces pseudo-lipômes.

M. Desnos. — La malade que j'ai présentée l'an dernier a eu depuis une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

M. Sevestre présente une fillette atteinte de *déformations osseuses et périarticulaires d'origine inconnue*. Cette enfant est entrée dans mon service il y a trois jours, elle présente des tuméfactions au niveau du coude, du poignet, des articulations des doigts à droite et à gauche. Ces tuméfactions sont dues, je crois, à de l'augmentation de volume des doigts et à du gonflement périarticulaire. On trouve les mêmes grosseurs aux genoux, aux cous-de-pied. La première idée que j'ai eue était celle du rhumatisme chronique ou de la tuberculose. Je n'ai rien trouvé dans les poumons ; cette enfant a un foie très volumineux et présente de l'albuminurie (3 gr. par litre). La malade a présenté toutes ces masses il y a un an, en l'espace de 8 jours. Elle n'a aucun autre symptôme imputable à la syphilis. Cependant, je me rattache à cette opinion et je demande à mes collègues si tel n'est pas leur avis, avant de soumettre cette enfant au traitement antisyphilitique.

M. Du Castel. — Il s'agit peut-être de la tuberculose.

M. Sevestre. — L'enfant a été envoyée à Berck ; les symptômes se sont accentués et la tuméfaction a augmenté.

M. Guyot. — Je ne vois rien dans ce cas qui ressemble à la syphilis héréditaire ; l'enfant a un gros foie qui est dû à des troubles digestifs. J'ai observé un cas comme celui-ci, où la malade a présenté un gros foie après des troubles digestifs et du rhumatisme.

M. Sevestre. — Le diagnostic de rhumatisme ne me satisfait pas. En consultant le livre de M. Fournier sur la syphilis héréditaire tardive, j'ai trouvé un cas à peu près semblable au mien.

M. Du Castel. — N'y aurait-il pas lieu de faire une ponction exploratrice pour savoir s'il y a du liquide dans l'articulation ?

M. Rendu. — J'ai eu l'occasion d'observer un enfant qui avait été posé par sa nourrice sur de l'herbe humide. Il fut pris d'anasarque et d'albuminurie quelque temps après, il présenta du gonflement des articulations. A la suite, il y eut de l'atrophie presque généralisée des muscles, dont le malade a guéri. Il n'y avait pas de syphilis dans la famille, mais il y avait certainement des cas de tuberculose. Je ne puis m'empêcher de faire un rapprochement entre ces 2 malades.

Sur un cas de démence consécutive à une tumeur du lobe frontal droit.

M. Raymond rapporte l'observation d'une femme de 48 ans qui est entrée dans son service le 15 février dernier et qui y est morte le 9 mars ; cette femme avait des antécédents héréditaires épileptiques ; depuis son enfance elle était elle-même sujette à des attaques d'épilepsie limitées à la tête et aux membres supérieurs ; de plus elle était entachée d'alcoolisme. L'affection qui nécessitait son entrée avait débuté brusquement quinze jours auparavant par du délire, des illusions et des hallucinations de la vue, non terrifiants d'ailleurs ; depuis ce moment, son intelligence avait baissé rapidement, elle était devenue incapable de vaquer à ses occupations, pourtant, elle recouvrait par moment sa lucidité complète ; ce qui frappait le plus à son entrée à l'hôpital c'était l'affaiblissement de toutes ses facultés ; l'incohérence de ses idées et la facilité avec laquelle elle passait de l'agitation à l'obnubilation intellectuelle ; en un mot, cette malade était une démente. Bientot elle devint gâteuse ; puis apparurent des symptômes apoplectiques, de la contracture, de la déviation conjuguée, et la mort survint six semaines après le début des accidents. A l'autopsie, on trouva un gliome volumineux dans l'épaisseur du lobe frontal droit ; la tumeur envahissait l'écorce, à la pointe du lobe frontal, sur l'étendue de 5 centimètres carrés environ et respectait la capsule interne, elle s'accompagnait de petits foyers de ramollissement rouges situés à son pourtour ; elle déterminait une compression marquée surtout au niveau du lobe frontal du côté opposé. L'examen histologique [illegible] que cette tumeur était développée aux dépens des éléments [illegible] ; elle contenait des cellules en araignée et [illegible] par la méthode [illegible] ; elle était dépourvue d'éléments nerveux. De plus, les fibres à myélines intra-corticales des deux hémisphères avaient disparu dans une large proportion, surtout au niveau des points directement comprimés ; cette altération s'étendait jusqu'aux lobes occipitaux ; pourtant la zone motrice restait intacte. Le diagnostic, pendant la vie, avait été : lésion au foyer d'une zone latente des hémisphères. A ce propos, l'auteur fait ressortir la difficulté du diagnostic des tumeurs cérébrales qui peuvent rester latentes pendant fort longtemps et ne se manifester que tardivement par des symptomes variés et non pathognomoniques.

(1) Le mémoire de M. le Dr Doyen paraîtra *in extenso*, accompagné de 29 photogravures, dont *huit tirées en couleurs*, dans le numéro de juillet des *Archives provinciales de Chirurgie*. Nous l'analyserons la semaine prochaine dans ce journal, en raison du grand intérêt qu'il présente. (*N. d. l. R.*).

Dans ce cas particulier, M. Raymond interprète les symptômes de la façon suivante : l'épilepsie était sous la dépendance de la tumeur, dont l'origine remontait sans doute fort loin — les accidents bruyants de la dernière phase étaient le fait des foyers de ramollissements, — enfin la disposition des fibres à myéline intra-corticales, qu'il met sur le compte de la compression, avait joué un grand rôle dans l'état démentiel de la malade.

M. Voisin lit, en son nom et au nom de son interne, M. Péron, une note *sur la toxicité des urines chez les épileptiques avant, pendant et après les accès paroxystiques*, au point de vue du diagnostic, du pronostic et de la pathogénie. MM. Deny et Chouppe en 1889, M. Féré en 1890, firent des expériences sur ce sujet, mais MM. Deny et Chouppe n'étudièrent que la toxicité des urines sur les espaces intercallaires, c'est-à-dire l'état normal, et M. Féré essaie de déterminer cette toxicité avant et après les accès, mais pour arriver à son résultat il n'injecte que les mictions d'urine avant et après les repas, au lieu d'employer toutes les urines des vingt-quatre heures. Aussi le coefficient d'urotoxicité ne peut-il être comparé au nôtre et c'est ce qui explique la différence dans nos résultats avec celui des autres expérimentateurs. Nous avons pris des malades atteints d'épilepsie essentielle, pour lesquelles il n'y avait aucun doute pour le diagnostic, nous recueillons avec soin toutes les urines de vingt-quatre heures, en nous entourant de toutes les précautions nécessaires pour arriver à ce résultat, et nous injectons dans les veines de l'oreille du lapin. Voici le résumé de nos conclusions : 1° Il y a, avant les accès en série, un abaissement considérable de la toxicité urinaire. Il y a hypotoxicité. 2° Pendant la série, cet abaissement persiste, moins marqué que dans la période préparoxystique. La courbe tend déjà à s'élever. 3° Après la série, la toxicité urinaire se relève, dépasse la normale si la série est finie. Si la série n'est pas terminée, le coefficient ne s'élève pas au-dessus de la normale et les accès reparaissent. Cette hypotoxicité est donc un élément de diagnostic pour affirmer que la série n'est pas terminée et que certains cas quotidiens, qui étaient considérés comme étant des cas isolés, doivent être considérés comme faisant partie d'une série durant plusieurs jours. Cette hypotoxicité persiste aussi quand après les accès convulsifs se développent du délire ou de l'excitation maniaque. 4° Certains malades, en particulier les malades gravement atteintes dans leur état mental, paraissent avoir une hypotoxicité constante, mais néanmoins la toxicité la plus faible répond aux périodes préconvulsivés, la plus forte aux périodes post-convulsivés. 5° La toxicité urinaire en dehors des paroxysmes est-elle normale? Nous inclinons à le croire avec MM. Deny et Chouppe. Cependant il semble bien qu'il y ait des épileptiques et ce ne sont pas les moins atteints au point de vue mental, dont l'état normal est l'hypotoxicité. 6° Le trouble mental des épileptiques paraît toujours s'accompagner d'hypotoxicité.

M. Catrin lit une communication sur la *mortalité de la pleurésie ; emploi de la thoracentèse dans cette maladie*. — Il résulte de la dernière discussion qui a eu lieu à l'Académie, que la pleurésie aurait une mortalité plus forte actuellement qu'au temps d'Andral, de Bouillaud, et que cette gravité serait surtout imputable à la thoracentèse. En 3 ans, j'ai soigné 83 pleurésies (75 séreuses, 8 purulentes); j'ai eu 3 décès (1 pleurésie séreuse, 2 pleurésies purulentes). En retranchant les pleurésies purulentes, que je n'ai pas traitées par la ponction simple, je n'ai qu'un décès sur 75 pleurésies, soit 1,3 0/0 de moins que dans les statistiques d'Andral, de Bouillaud et de Hardy. Sur ces 75 pleurésies, j'en ai ponctionné 35 une ou plusieurs fois; j'ai fait en tout 59 ponctions. Si j'ajoute à celles-ci les ponctions faites avec la seringue de Straus, j'arrive à un total de 228 ponctions. Dans tous ces cas, je n'ai jamais eu le moindre accident. La pleurésie peut donc être regardée comme ayant un pronostic favorable, mais immédiatement et non à distance. En effet, la pleurésie est souvent tuberculeuse; de plus, dans l'armée, les pleurétiques ne sont plus aptes à faire un bon service et donnent un contingent sérieux aux cas de mort subite, après une course, un effort.

M. Siredey. — Je viens d'observer récemment 2 malades atteints de pleurésie, je les ai ponctionnés malgré leur état cachectique ; l'un d'eux était albuminurique. Ils n'ont pas présenté, dans la suite, d'épanchement purulent. La thoracentèse donne d'excellents résultats, à condition, pour la faire, de se conformer aux règles les plus minutieuses de l'antisepsie.

M. Chantemesse présente, au nom de M. le Dr Rangé, un travail sur *les centres psycho-moteurs de la parole articulée*. Il pense qu'en dehors du centre des mouvements du larynx et de celui de l'articulation des lèvres, il existe un centre des mouvements de la respiration, ayant des connexions avec les précédents. A. Raoult.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 juin 1892. — Présidence de M. Chauvel.

Calculs enchatonnés de la vessie.

M. Bazy a observé trois cas de calculs enchatonnés de la vessie chez les prostatiques.

Observation I. — Vieillard qui, il y a 11 ans eut une première atteinte de rétention d'urine, d'origine prostatique. Trois ans 1/2 après, lithotritie pour un calcul phosphatique et, depuis ce moment, tous les 18 mois à 2 ans, M. Bazy dut pratiquer la lithotritie; ces récidives incessantes sont dues pour beaucoup à la malpropreté extrême des sondes dont se servait le malade. A la dernière fois, le calcul put être effleuré, mais ne put être saisi et, diagnostiquant un enchatonnement, M. Bazy fit la taille hypogastrique. Il trouva, en effet, le calcul logé entre la prostate et la paroi antérieure de la vessie. Mort au 3e jour.

Obs. II. — Homme de 58 ans, prostatique, avec urine très purulente. L'exploration révéla, à gauche, des contacts multiples et un grand contact senti une seule fois; à droite, une grosse saillie qu'à la palpation bimanuelle, malgré l'absence d'hématurie, M. Bazy prit pour un néoplasme. La taille hypogastrique, suivie de guérison, le conduisit sur deux calculs enchatonnés.

Obs. III. — Homme ; lithotritie à plusieurs reprises, depuis 11 ans ; la dernière fois, M. Bazy trouva le calcul fixé, fit la taille hypogastrique et obtint la guérison.

Pour ces calculs récidivant chez les prostatiques, il se demande si, d'emblée, la taille hypogastrique n'est pas la méthode de choix, car elle permet de se rendre bien compte de l'état des parties et, en outre, de mieux antiseptiser la vessie.

M. Marchand a vu deux cas où l'enchatonnement rendit le diagnostic difficile. Dans le premier il ne trouva rien, et M. Guyon put extraire cependant un calcul logé dans une cellule antérieure. Dans le second il sentit le calcul à la première exploration, mais ne put le retrouver à la seconde et, par la taille hypogastrique, il put l'extraire d'une loge rétro-prostatique à collet très serré.

M. Auffret dit avoir observé un calcul suspendu à la paroi antérieure de la vessie et il l'enleva avec facilité par la taille prérectale.

M. Bazy pense, en raison de ce traitement, que l'enchatonnement est douteux.

Septico-pyohémie consécutive à l'otite moyenne suppurée.

M. Chauvel, sur 16 cas d'accidents infectieux consécutifs à 1,137 cas d'otite moyenne suppurée, relève 5 cas d'accidents généraux, septico-pyohémiques, avec abcès multiples. Il insiste sur la lenteur et la bénignité relative de cette infection. Trois fois, en effet, les malades ont guéri, après incision de foyers métastatiques multiples. Un malade a succombé, mais aurait sans doute pu être sauvé si une arthrite suppurée de la hanche eût été ouverte à temps, avant d'avoir perforé le cotyle et fusé dans le bassin. Il reste un seul cas où la mort survenue en cinq jours était inévitable.

M. Reclus relate une observation analogue chez une femme de 30 ans à laquelle Féréol avait d'abord diagnostiqué une fièvre typhoïde avec rappel d'une ancienne otite. Il fallut lui ouvrir 50 à 60 abcès, pour la plupart péri-articulaires, remarquables par leur contenu d'aspect huileux. Chaque abcès s'annonça par un redoublement des accidents généraux.

M. Reynier. — La septicémie générale, par opposition aux accidents septiques locaux, est relativement rare dans les otites tuberculeuses, et, au contraire, assez fréquente dans les otites grippales. Ainsi M. Reynier a dû, dans ces conditions, ouvrir à deux malades des arthrites suppurées. Les cas de M. Chauvel n'étaient-ils donc pas d'origine grippale? Dans ces otites, la trépanation précoce de l'apophyse mastoïde, même quand

elle paraît intacte, tarit vite la suppuration de l'oreille. Elle doit donc être entreprise sans tarder.

M. Quénu. — Il n'est pas prouvé que dans ces cas il n'y ait pas infection générale d'emblée pour la grippe et que l'oreille soit réellement le point de départ. Ces otites grippales ont certainement grande tendance à se propager à la mastoïde; mais néanmoins il ne faut pas trépaner en l'absence de tout symptôme (douleur à la pression, œdème léger). Il faut commencer par une paracentèse du tympan et surveiller.

M. Chauvel. — De mes 5 malades, 4 avaient des otites récidivées datant de l'enfance, et j'en conclus que l'oreille a été le point de départ des accidents. Quant au cinquième, il a été atteint en 1888, avant l'épidémie de grippe par conséquent.

Kystes du cou.

M. Berger présente un jeune homme auquel il a extirpé avec succès, malgré une suppuration légère, un kyste séreux congénital de la région sterno-mastoïdienne, allant de la base du crâne au sternum et adhérent à la jugulaire, qui put n'être pas sectionnée.

M. Monod présente un *kyste dermoïde sus-hyoïdien médian* qu'il a enlevé par la voie cutanée à un jeune homme de 19 ans. Il insiste sur la petitesse de l'incision nécessaire et sur la rapidité de la cure. Le kyste tenait à l'os hyoïde.

M. Delorme présente un homme qu'il a *trépané* pour lui extraire une balle de revolver restée entre l'os et la dure-mère.

M. Berger a fait des deux côtés l'*amputation de Chopart* à un homme atteint de mal perforant bilatéral. D'un côté il dut employer, à cause de l'état de la plante, le procédé de la raquette de Denonvilliers, et le résultat est bon, mais moins bon que du côté opposé, où put être employé le procédé classique. M. B.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

Séance du samedi soir (23 avril) (suite).

Quelques mots sur l'asymétrie des fesses au point de vue obstétrical.

M. Budin a constaté chez une femme l'existence d'un bassin oblique-ovalaire ou bassin de Nœgelé. Dans 3 accouchements antérieurs on avait eu recours à l'embryotomie céphalique. L'exploration interne des parois pelviennes permit de reconnaître à quelle variété de bassin on avait affaire. Plaçant alors la femme sur le ventre, on constata, en examinant les fesses, que le côté pathologique, là où manquait l'aileron du sacrum, était plus étroit que le côté sain. Du côté vicié, on trouvait 12 centimètres entre la région trochantérienne et le sillon interfessier. Du côté sain, au contraire, on trouvait entre ces 2 points 16 centimètres. L'asymétrie des fesses était donc manifeste. Si on cherchait les fossettes qui se trouvent habituellement à droite et à gauche de la ligne des apophyses épineuses et qui correspondent aux épines iliaques postérieures, on constatait la présence d'une de ces fossettes à droite, du côté sain, tandis qu'elle n'existait pas à gauche, du côté malade. A gauche, en effet, l'aileron du sacrum ayant disparu, la région postérieure de la crête sacrée arrive, comme l'a montré Nœgelé, jusqu'à la ligne des apophyses épineuses de la colonne vertébrale. Il existe d'autres circonstances dans lesquelles on peut trouver l'asymétrie des fesses. M. Budin a observé une femme chez laquelle il existait de la paralysie infantile du côté du membre inférieur gauche. Ce membre présentait 4 centimètres de raccourcissement; les os étaient atrophiés et la cuisse malade n'avait que 32 centimètres de circonférence, tandis que la cuisse saine mesurait 42 centimètres. Chez cette femme on mesurait à gauche 14 centimètres de la région trochantérienne au sillon interfessier. Du côté sain, au contraire, ou côté droit, on trouvait 17 centimètres. En haut, les deux fossettes correspondant aux épines iliaques postérieures occupaient leur situation normale. Chez une troisième femme il y avait une luxation coxo-fémorale du côté droit. Le membre inférieur droit était notablement atrophié; à la cuisse, par exemple, on ne trouvait que 30 centimètres 1/4 de circonférence, tandis qu'à gauche il y avait 37 centimètres. Il y avait aussi une asymétrie des fesses, mais, dans ce cas, la fesse correspondant au membre atrophié, la fesse droite, était plus volumineuse que celle du membre sain. A droite, en effet, on trouvait en haut de la région fessière 16 centimètres 1/2 de la région trochantérienne droite au sillon interfessier, et du côté gauche 11 centimètres. Si la fesse était plus volumineuse du côté malade, cela tenait à ce que la tête fémorale ayant quitté la cavité cotyloïde la saillie trochantérienne se trouvait reportée très en dehors. Ajoutons que dans ce cas encore il existait 2 fossettes correspondant aux épines iliaques postérieures. Ainsi donc il y a asymétrie des fesses dans le bassin oblique-ovalaire. La fesse aplatie correspond alors au côté pathologique, et, de ce côté aussi, la fossette dont nous avons parlé n'existe pas. Dans la paralysie infantile, il peut exister aussi asymétrie des fesses : Le côté aplati correspond au côté paralysé. Les 2 fossettes existent au niveau des épines iliaques postérieures. L'asymétrie des fesses peut exister également dans la luxation coxo-fémorale. La fesse la plus volumineuse répond au côté de la luxation. Les 2 fossettes existent encore de chaque côté de la colonne vertébrale. Ajoutons que d'autres signes tirés de l'examen des membres inférieurs viendront aussi fournir de nouveaux éléments pour le diagnostic.

M. Duchamp. — Il faut distinguer ces deux choses : aplatissement et élargissement de la fesse. La fesse peut être aplatie et faire croire à un élargissement qui n'existe pas en réalité.

M. Budin. — J'ai voulu seulement attirer l'attention sur l'asymétrie d'une des fesses par rapport à l'autre, pensant au mot de Depaul : Un tailleur, qui habillait propre sa femme, avait remarqué l'asymétrie des fesses, Depaul en avait conclu à un bassin de Nœgelé.

M. Gaulard. — Les signes dont parle M. Budin ont été signalés par Nœgelé, sans insister. Il y a des signes plus importants, par exemple la distance d'une épine iliaque postérieure à la crête épineuse. Quant à ces dépressions, sont-elles aussi constantes que M. Budin veut bien le dire? Je les ai cherchées sur les malades qu'il m'a été donné d'observer, et je dois dire qu'à Lille je ne suis pas arrivé à les constater.

M. Budin. — Je répondrai seulement à M. Gaulard qu'il faut établir une distinction, suivant que les femmes sont grasses ou maigres.

Pathogénie de l'Eclampsie puerpérale.

M. Hergott passe d'abord en revue les différentes hypothèses qui ont été émises sur la nature de l'éclampsie puerpérale, névrose, congestion cérébrale, maladie de Bright, altérations du sang. Il croit que l'éclampsie est une maladie infectieuse. Delaure prétendait que l'éclampsie était due à un microbe particulier, l'hyperthermie étant un caractère constant de l'infection microbienne.

En 1883, Doléris avait reconnu chez les éclamptiques un élément microbien qu'il décrivit dans le bulletin de la Société microbiologique ; mais, dans sa dernière publication, laissant de côté les microbes, il professe l'opinion qu'il s'agit d'une toxicité du sang, toxémie d'origine inconnue. Chambrelent a parlé de la toxicité du sérum sanguin chez les femmes atteintes de cette affection; mais d'où vient cette toxicité du sang? Blanc a découvert dans l'urine des éclamptiques des éléments qui, inoculés à des lapines, déterminaient des convulsions générales, une réaction intense et des lésions rénales. Dans un deuxième travail, il dit en avoir trouvé dans l'urine et dans le sang. Frappé par les expériences de Blanc, j'ai repris ses travaux, et c'est les résultats obtenus que je vais vous communiquer. Mes expériences ont porté sur 14 éclamptiques. Avec l'aide de M. Haushalter, j'ai fait l'examen bactériologique de l'urine, du sang et du placenta de 7 éclamptiques. Le sang et le placenta n'ont donné que des résultats négatifs. L'ensemencement du sang, du placenta, du foie, du rein de femmes mortes d'éclampsie, est resté stérile. Les urines, dans cinq cas, contenaient un microbe particulier. Les ensemencements ont donné lieu à une culture spéciale, seul élément microbien qui se soit développé. Ce microbe se présente sous des aspects divers dans une même culture; tantôt c'est un bâtonnet deux fois plus long que large ; tantôt, c'est un bacille particulier qui s'incurve. Il est facilement colorable par les réactifs ordinaires; il ne liquéfie pas la gélatine. Ce microbe est pathogène pour le lapin, surtout pour les lapines en gestation. Chez ces dernières, il détermine des phénomènes qui rappellent ceux de l'éclampsie : avortement, diarrhée, parésie des membres, de la tête, etc. Ces phénomènes apparaissent au

bout de deux ou trois jours. Le sang de ces animaux contient le microbe pathogène. M. Hergott croit pouvoir conclure aujourd'hui, sous réserves bien entendu, que : l'éclampsie est due à un bacille spécial qui agirait sur le rein et que là probablement il produirait des toxines : ces toxines agissant sur le système nerveux provoqueraient les convulsions.

M. CHAMBRELENT. — Dans les cas où M. Hergott n'a pas trouvé de microbes dans l'urine, est-ce que les malades avaient été soumises à un traitement antérieur?

M. HERGOTT. — Le traitement ordinaire avait été suivi : chloroforme, chloral, dérivatifs intestinaux, lait.

M. CHAMBRELENT. — J'ai fait des expériences. L'ensemencement fait avec des éléments provenant de deux femmes éclamptiques donna un résultat négatif. M. Blanc a prétendu que cet échec était dû au traitement chloralique.

M. GUILLEMET. — Une nouvelle preuve en faveur de la nature infectieuse de cette affection, c'est qu'on observe parfois de véritables épidémies d'éclampsie. Ne pourrait-on songer à la contagiosité de l'éclampsie puerpérale?

M. HERGOTT. — Cette contagiosité est admise par certains auteurs. J'ai vu arriver dans mon service plusieurs éclamptiques à peu d'intervalle, et ces femmes venaient à peu près du même quartier. J'ajouterai qu'une femme couchée dans le lit le plus rapproché de la salle d'isolement, où se trouvait une éclamptique, a été prise à son tour d'éclampsie. Je ne veux pas insister sur ce point, car je crois que nous devons être prudents devant une assertion de cette importance.

M. GAULARD. — Des épidémies d'éclampsie ont été signalées par Mme Lachapelle, qui les attribuait à l'air. Mais la contagiosité de cette maladie n'est pas du tout démontrée, et les séries ne prouvent absolument rien. Je me rappelle qu'ayant été fort longtemps sans voir d'éclamptique dans ma clientèle, j'eus occasion de voir, le même jour, deux femmes atteintes d'éclampsie ; elles demeuraient à 20 kilomètres l'une de l'autre. Je dois dire que j'ai constaté, dans une même région, des cas d'éclampsie et de tétanos, à la même époque. M. Gley, il n'y a pas longtemps, a fait une communication : Il s'agissait d'éclamptiques chez lesquelles des éléments microbiens avaient été découverts avant tout traitement. On ne les trouva plus après que ces femmes eurent été soumises au traitement chloralique.

M. DOLÉRIS. — M. Hergott a parlé de travaux déjà anciens. Mes dernières recherches m'ont conduit à nier l'existence, dans l'urine, d'un microbe spécial. Pour moi, l'éclampsie n'est pas le résultat d'un bacille qui n'existerait que dans les urines ; c'est une toxémie. Mais où est l'atelier de ces toxines? C'est ce que personne encore ne peut dire. Je crois que l'éclampsie est une affection toxémique pouvant tuer par convulsions ; mais je ne vois pas la nécessité d'admettre une contagiosité nécessaire.

M. LOVIOT demande à M. Hergott si on avait examiné l'urine de cette éclamptique avant l'attaque. M. Hergott ne répondant pas, M. Loviot pense que cette observation est sans valeur au point de vue de la contagiosité.

M. HERGOTT. — Je demanderai à M. Doléris ce qu'il pense de l'éclampsie? Est-elle le résultat d'une toxine ou d'un microbe?

M. DOLÉRIS. — Je répondrai que mes recherches m'ont conduit après beaucoup d'hésitations à nier l'existence d'un microbe que je n'ai pu trouver. Je m'en tiens à la toxémie, car j'ai trouvé les toxines, elles existent dans le sang et non dans l'urine.

De l'intervention tardive et la non-intervention en obstétrique, comme nouveau facteur de la dépopulation en France.

M. VERRIER fait sur ce thème une longue digression.

M. LOVIOT. — M. Verrier ne nous a parlé que de généralités. Il n'y a pas de précision dans sa communication. Il ne donne aucune indication. Il y a en obstétrique des cas où il faut intervenir rapidement, il y en a d'autres où cette intervention rapide est absolument contre-indiquée et où la temporisation est une règle. M. Verrier nous a parlé de beaucoup de choses, de seigle ergoté, de ceinture, etc. Je ne vois pas bien le but de sa communication.

M. VERRIER. — J'ai voulu rester dans les généralités parce que j'ai envisagé ce sujet au point de vue philosophique.

Tête de fœtus ayant séjourné plusieurs mois dans l'utérus, sans infection.

M. LOISNEL (de Lisieux) communique l'observation d'une femme qui, après avoir été délivrée par un médecin peu expérimenté des membres et du tronc d'un fœtus, conserva, pendant plusieurs mois, la tête fœtale dans son utérus, sans en être infectée. Cette tête était dans la cavité utérine depuis 112 jours, quand la femme vint consulter M. Loisnel. Sa santé était très bonne, à part quelques douleurs vives qu'elle ressentait de temps à autre. Elle avait en outre une fistule vésico-utérine. MM. Notta et Loisnel eurent beaucoup de peine à retirer les parties osseuses que renfermait l'utérus, ils durent s'y prendre à plusieurs fois. Les parties charnues avaient été éliminées. Au cours des manœuvres faites pour délivrer cette femme, il se produisit une fistule recto-utérine dont elle est bien guérie.

M. HERGOTT. — Je puis citer un cas que l'on peut rapprocher de celui de M. Loisnel. Il s'agit d'une femme qui vint consulter pour des pertes. A l'examen, on trouva une tumeur faisant corps avec l'utérus. On pensa à une tumeur fibreuse et cette femme fut envoyée en chirurgie, où on se disposa à l'opérer. Avant l'opération, on pratiqua le cathétérisme utérin. L'hystéromètre introduit donna la sensation d'un corps spongieux. Alors, on dilata le col utérin, et une pince introduite dans l'utérus en ramena un fragment de placenta qui pesait 100 grammes environ. Ce placenta était resté dans la cavité utérine depuis le mois de mars jusqu'au mois d'octobre, soit six mois. La femme ne s'en doutait nullement ; elle venait consulter pour des pertes qu'elle avait depuis trois semaines.

M. BOISSARD. — Il est difficile de n'être pas frappé de la tolérance de l'utérus dans certains cas. Il me semble que, dans l'observation de M. Loisnel, on aurait dû, d'emblée, dilater largement la cavité utérine, sous le chloroforme, et extraire tout ce qui restait du fœtus, en une seule séance.

M. TARNIER. — L'observation de M. Loisnel est des plus intéressantes et montre que la Société peut compter sur un précieux concours des accoucheurs de province. Ce fait est absolument stupéfiant. Je suis de l'avis de M. Boissard, au point de vue de l'intervention. Seulement MM. Notta et Loisnel se sont trouvés en présence de difficultés tenant à ce que l'accouchement avait été mal conduit, et il leur aurait fallu pour agir ainsi un outillage spécial que n'ont pas toujours les accoucheurs de province. On voit, par cet exemple, combien est extraordinaire parfois la résistance organique. J'ai vu des vessies tomber presque entièrement, des péritonites très graves, des fièvres puerpérales avec abcès métastatiques de tous les côtés, et les malades guérir. Mais, je me hâte de le dire, il ne faut guère compter sur cette résistance organique. (*A suivre*). Léon MERLE.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 27 juin 1892. — PRÉSIDENCE DE M. BROUARDEL.

M. MONOD a rendu compte de la *situation sanitaire intérieure.*

M. le Pr PROUST a donné ensuite des renseignements circonstanciés sur les *épidémies de choléra, de peste et de fièvre jaune* qui sévissent en ce moment sur diverses contrées. Le 8 juin, le lazaret de Camaran avait reçu 20,000 pèlerins, dont 2,000 y étaient encore en observation. On n'avait pas, à cette date, constaté de maladie suspecte. Le choléra, cependant, continue à régner du côté de l'Abyssinie, dans le Harrar, à Zeilah. Un grand nombre de pèlerins encombrent les rues de Suez, ainsi que la Mecque et Djeddah. Plus que jamais les caravanes sont exploitées par les Bédouins. L'une d'elles, composée de 500 personnes, escortée par 40 soldats, a été enlevée par les Bédouins, à une heure de Djeddah. Elle emportait 140,000 francs. Sur une réclamation du consul d'Angleterre (les pèlerins étaient des Indiens), le gouvernement turc a payé une rançon de 20,000 francs. Les Bédouins ont remis leurs prisonniers en liberté ; ils ont, toutefois, gardé l'argent de ceux-ci. La ville de Djeddah redoute une attaque. Enfin, M. Proust a

signalé au Comité l'apparition du choléra à Bakou, où il aurait été apporté par des émigrants transcaspiens. En quelques jours, il y a eu plus de 150 cas, dont 78 suivis de mort. Bakou, le principal port de la Caspienne, est relié par un chemin de fer à la mer Noire. C'est de Bakou que sont parties, en 1831 et 1847, les épidémies qui ont ravagé l'Europe.

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ DE LA SEINE.

Séance du 24 juin 1892.

M. le Dr Dujardin-Beaumetz donne quelques renseignements sur la tournée médicale que, sur la demande de M. le préfet de police, il a faite, à Aubervilliers, où viennent de se produire plusieurs cas de *diarrhée cholériforme*. D'après les renseignements qui lui ont été donnés par les autorités locales, d'après les diverses indications qu'il a recueillies et les observations qu'il a pu faire lui-même, M. Dujardin-Beaumetz n'hésite point à croire que ces diarrhées très graves doivent être attribuées à l'eau détestable distribuée aux habitants. Il y a là une situation des plus fâcheuses et qui mérite au plus haut degré d'éveiller l'intérêt du Conseil et l'attentive sollicitude de l'administration. Une discussion a eu lieu. Le Conseil a adopté la délibération dont la teneur suit, à l'unanimité:

Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, vu les cas de diarrhée cholériforme qui se sont déclarés dans la commune d'Aubervilliers ; vu les dangers qui pourraient résulter de la dissémination de ces cas dans la population parisienne ; vu la très mauvaise qualité de l'eau qui est distribuée à la population de cette commune, affirme, à l'unanimité, l'urgente nécessité de distribuer de suite, gratuitement, de l'eau stérilisée aux habitants de la commune d'Aubervilliers.

M. le Dr Dujardin-Beaumetz a ajouté que la municipalité d'Aubervilliers allait afficher un avis au public l'invitant à faire bouillir l'eau d'alimentation en attendant la mise en service de l'appareil stérilisateur.

M. le Dr Armand Gautier a demandé que dans cet avis une recommandation fût faite aux boulangers. La cuisson du pain ne stérilise pas l'eau employée, puisque la température au milieu de la mie ne dépasse pas en général 60°.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — **Formulaire de médecine pratique** ; par le Dr E. Monin, 1892. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

II. — **Revue des médicaments nouveaux** ; par C. Crinon. — Paris, Rueff, éditeur, 1892.

III. — **Formulaire des médicaments nouveaux** ; par Bocquillon-Limousin. — Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 1892.

IV. — **Guide annuaire du médecin praticien** ; par V. Audhoui. — Paris, Blond et Barral, éditeurs, 1892.

V. — **Etude comparative sur la créosote et ses éléments** ; par le Dr E. Main. — Paris, Imprimerie des Arts et Manufactures, 1892.

VI. — **Treatment of typhoïd fever** ; par le Dr J. Barr. — London, Lewis, éditeur, 1892.

VII. — **Le cantharidate de potasse dans le traitement de la tuberculose** ; par le Dr Christmas.

I. — Ce livre est la seconde édition du formulaire du Dr Monin. L'auteur a suivi les mêmes errements que l'an dernier pour la distribution des chapitres, c'est-à-dire l'ordre alphabétique pour les maladies. L'ouvrage débute par une lettre-préface de M. le Pr Poter, qui assure l'auteur de l'excellence de son livre et de son utilité par ce temps de *furie expérimentale* où le laboratoire cherche dans le cobaye le secret de la thérapeutique de l'homme.

II. — Cette nouvelle édition de la Revue publiée chaque année, par M. Crinon, contient une série de médicaments nouveaux, ce sont : le bromure d'éthylène, le benzonaphtol, la cactine, le cantharidate de potasse, le chlorure d'éthyle, le dermatol, l'europhène, etc. Cet ouvrage est très facile à suivre, et on peut y trouver des renseignements, très rapidement, sur les différentes drogues.

III. — Nous avons déjà présenté deux fois l'ouvrage annuel de M. Bocquillon, sur les médicaments nouveaux ; nous ne pouvons cette année que répéter tout le bien que nous en avions dit. Disons en passant que l'auteur a consciencieusement augmenté son formulaire de toutes les choses nouvellement décrites ou étudiées pendant l'année 1891.

IV. — L'éloge de ce petit livre n'est plus à faire ; il est à sa septième édition. Il renferme un grand nombre de renseignements importants et surtout une note sur les maladies de l'estomac et une sur Vichy.

V. — Le Dr Main a étudié la créosote en nature, et chacun des éléments qui la composent, au point de vue chimique, physiologique, toxique, antiseptique et thérapeutique. Chacun de ses éléments est doué de propriétés antiseptiques très nettes et d'une toxicité faible. Voici la gradation de toxicité de ces substances : paracrésylol, phlorol, gaïacol, créosote, créosol. Il est un phénomène assez curieux, c'est l'accoutumance qui s'établit chez les animaux antérieurement injectés avec une solution d'un élément de la créosote dans de l'huile. Après plusieurs injections, on peut leur injecter des quantités qui auraient produit des accidents si on les avait injectées dès le début. Les substances s'éliminent parfaitement par la voie pulmonaire. Le gaïacol, le paracrésylol et la créosote empêchent les fermentations dans le lait, le bouillon et l'urine. Chez des cobayes ayant été inoculés avec des produits tuberculeux, la survie a été, chez ceux qui avaient reçu des injections de créosote, de 12 jours, sur les animaux témoins. L'auteur relate ensuite 13 observations de malades soignés par les injections huileuses de créosote ou de ses éléments constituants. Il préfère de beaucoup l'emploi des solutions de créosote pure à celui des solutions des parties composantes de ce liquide.

VI. — Le livre du Dr Barr contient en premier lieu une étude historique de la thérapeutique de la fièvre typhoïde, puis un chapitre de diagnostic de la maladie elle-même et de ses différentes formes. L'auteur donne, dans la fièvre typhoïde, le calomel à faibles doses répétées, l'acide salicylique comme antiseptique, le sulfate de quinine et la digitale lorsqu'il existe quelque trouble pulmonaire. Enfin l'auteur passe en revue toutes les méthodes de réfrigération : affusions, glace, bains froids pour lesquels il emploie une baignoire spéciale. Suit le compte rendu des nombreuses observations recueillies par l'auteur.

VII. — L'auteur a essayé sur des cobayes inoculés avec des produits tuberculeux l'action du cantharidate de potasse. Les animaux témoins mouraient de 2 mois 1/2 à 5 mois avant les autres ; mais il n'y avait pas grande différence de poids. En somme, le cantharidate de potasse retarde mais n'empêche pas l'évolution de la tuberculose. A. R.

Hospices civils de Marseille. — *Concours pour la nomination à quatre places d'élèves internes en pharmacie des Hospices civils de Marseille.* — Un concours pour la nomination à quatre places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le 8 août 1892, à trois heures de l'après-midi, dans l'Amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Administration des Hospices, à l'Hôtel-Dieu, de 9 heures à midi et de 3 à 5 heures du soir, jusqu'au 1er août inclusivement.

Excursion géologique. — Dans la dernière leçon du cours public de géologie, qui aura lieu samedi prochain à 5 heures dans l'amphithéâtre de minéralogie du Muséum d'histoire naturelle du Jardin des Plantes, M. le Pr Stanislas Meunier exposera le programme de l'excursion géologique qui aura lieu au mois d'août dans la vallée de Chamonix et mettra sous les yeux de l'auditoire des spécimens de roches et de fossiles provenant des localités à visiter.

Fondation Kœnigswarter. — Nous avons annoncé, il y a quelque temps, le départ de M. Boujean de la Fondation Kœnigswarter qu'il dirigeait d'une façon au moins bizarre. On se demande dans le pays si l'administration supérieure lui a réclamé des comptes sérieux. On s'étonne aussi que le nouvel agent placé à la tête de la Fondation n'ait pas remplacé une partie des sous-employés placés là par M. Boujean. C'est peut-être pour faciliter une enquête sur la gestion qui vient heureusement de finir.

VARIA

Ligue contre le Cancer.

Adresse au public médical.

On n'a sans doute pas oublié l'échange de lettres qui eu lieu entre MM. les professeurs Verneuil et Duplay, lettres publiées dans la *Gazette hebdomadaire* (Nos des 12 et 26 mars) et reproduites par la plupart des journaux de médecine et même par quelques journaux extra-médicaux. Dans la lettre du 12 mars, M. Verneuil engageait vivement M. Duplay à fonder une « Ligue contre le Cancer », analogue à l'œuvre de la tuberculose, et à se mettre à la tête de cette entreprise. Répondant à cette invitation, M. Duplay, aidé de M. Reclus, s'est mis en devoir de réaliser l'idée de M. Verneuil et s'est tout d'abord occupé de constituer un comité d'organisation. Ce comité, sous la présidence d'honneur de M. Verneuil, est ainsi composé :

Président : M. Duplay. Vice-présidents : M. Trasbot, de l'Ecole d'Alfort; M. Straus, de la Faculté de médecine; M. Metchnikoff, de l'Institut Pasteur. Secrétaire général : M. Paul Reclus, de la Faculté de Paris. Secrétaires : (Partie chirurgicale), M. Ricard, professeur agrégé chirurgien des hôpitaux; (Partie médicale), M. Brault, médecin des hôpitaux; (Partie expérimentale et anatomie pathologique), M. Cazin, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de la Charité. Secrétaire du comité : M. Rochard, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté. Trésorier : M. Masson, éditeur, libraire de l'Académie de Médecine.

Après en avoir délibéré, le Comité d'organisation a décidé de publier une adresse au public médical, afin de faire connaître le but de l'œuvre et les moyens qu'il se propose de mettre en usage pour l'atteindre. Ainsi que le faisait remarquer M. Verneuil dans sa lettre du 12 mars, nos connaissances sur le cancer ont fait peu de progrès depuis 30 ou 40 ans. Nous guérissons mieux nos opérés grâce à l'antisepsie ; mais nous ne sommes guère plus avancés sur tous les autres points de l'histoire de cette terrible affection : étiologie, pathogénie, nature intime, récidives, etc. Bref, le cancer est une honte de la chirurgie contemporaine. Le but de la « Ligue » est de solliciter et d'encourager de toutes manières les recherches, de les centraliser, de fournir aux travailleurs les moyens d'études et de propager les résultats obtenus, afin de parvenir à une connaissance plus complète de toutes les questions afférentes au cancer, afin surtout d'arriver à la guérison de ce fléau de l'humanité. Nous faisons donc appel à tous les hommes de bonne volonté et nous leur demandons de joindre leurs efforts aux nôtres pour atteindre ce but. Nous sollicitons le concours des anatomo-pathologistes, des cliniciens, des histologistes, des microbiologistes et des vétérinaires. Nous prions même les explorateurs et les géographes de vouloir bien nous éclairer sur les influences que les climats et les races peuvent avoir sur le développement de cette maladie. Et ce n'est pas seulement dans les laboratoires des Facultés et des Ecoles de Médecine, dans ceux des Ecoles vétérinaires, dans les grands services hospitaliers de Paris et de la Province que nous souhaitons de voir s'accomplir les principaux travaux ; nous accepterons avec reconnaissance les observations que nous adresseraient les praticiens isolés des petites villes et de la campagne ; afin d'être au courant de ce qui se fait à l'étranger, nous nous mettrons en rapport avec les Sociétés similaires qui existent ou se fonderont dans les autres pays.

Pour centraliser et utiliser tous ses efforts, la *Ligue contre le Cancer* organisera des congrès où seront communiquées les découvertes faites par ses membres, où seront étudiées et discutées certaines questions mises à l'ordre du jour. Une publication spéciale, dirigée par les soins des secrétaires, fera connaître les travaux importants parus sur le Cancer, et tiendra par des analyses et des notes bibliographiques le lecteur au courant de tout ce qui sera publié sur la matière. Enfin, lorsque la « Ligue », ainsi que nous l'espérons, sera suffisamment pourvue, des prix et des encouragements seront institués pour venir en aide aux travailleurs, stimuler leur zèle et faciliter leurs recherches. Mais un pareil but ne peut être atteint, un aussi vaste programme ne peut être réalisé sans le secours de tous, et nous ne faisons pas ici seulement allusion au secours intellectuel qui peut nous être apporté par le plus modeste des savants, nous voulons aussi parler du secours pécuniaire indispensable à toute association. La *Ligue du Cancer* est non seulement une œuvre scientifique, mais, comme nous l'avons dit, elle est avant tout une œuvre humanitaire; elle ne prend naissance que pour essayer de prévenir l'extension de cette redoutable affection et d'arracher à la mort les malheureux qui en sont atteints. Aussi chacun, dans la mesure de ses moyens, peut-il nous prêter son assistance. Un court aperçu des statuts de l'œuvre, annexé à cette adresse, montrera les bases principales de la Ligue, son organisation, son fonctionnement, les ressources dont elle pourra disposer et les moyens à l'aide desquels elle portera à la connaissance des sociétaires les résultats qui auront été obtenus. *Le Comité.*

Extraits des statuts.

La *Ligue contre le Cancer*, siège à Paris ; elle est administrée par le Comité de Direction. Des comités adjoints composés des professeurs des Facultés et Ecoles secondaires de Médecine, des Ecoles de santé de la marine et de l'armée, des Ecoles de médecine vétérinaire seront créés et apporteront leur concours scientifique à la « Ligue ». Les comités adjoints désignent les collaborateurs et les subventions à leur accorder et sont en outre chargés de la surveillance et de la centralisation de leurs travaux. Le comité de Direction est en même temps le bureau du Conseil d'Administration. Il se réunit une fois par trimestre et délibère à la majorité des membres présents. Il a tout pouvoir pour gérer et administrer les affaires sociales, tant actives que passives, et fait encaisser par le trésorier tous les fonds appartenant à la « Ligue », à quelque titre que ce soit. Les fonds appartenant à la « Ligue » placés par les soins du Trésorier, restent à la disposition du Comité de Direction, qui les emploiera suivant les besoins de l'administration, aux publications de l'œuvre, et aux subventions accordées par elle. Sont membres de la « Ligue » les personnes qui ont versé à une époque quelconque une souscription de 300 fr. Les personnes qui versent une souscription annuelle dont le minimum est de 20 francs. Cette cotisation peut être rachetée par une somme versée une fois pour toutes. Tout membre a le droit de racheter ses cotisations à venir en versant une fois pour toutes la somme de 200 francs; il devient ainsi *Membre à vie*. Les membres à vie peuvent devenir membres fondateurs en versant une somme complémentaire de 100 francs. Tout ce qui concerne l'Administration de la « Ligue », le résumé des résultats acquis, les progrès accomplis par la « Ligue », le budget des recettes et des dépenses dressé annuellement par le Trésorier est publié dans un recueil périodique rédigé par le Secrétaire du Comité.

Les personnes qui désireraient faire partie de la « Ligue du Cancer » ou les généreux donateurs qui voudraient bien favoriser cette œuvre sont priés de s'adresser au Trésorier, M. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, qui est dès à présent en demeure de leur accuser réception. La liste des dons faite à la « Ligue du Cancer » sera publiée dans un journal de médecine.

Conseil général des Facultés.

Cette semaine, à la Sorbonne, a eu lieu la séance mensuelle du Conseil général des Facultés de Paris.

On s'est d'abord occupé de la délégation envoyée, pour y représenter l'Université de Paris, aux fêtes du centenaire de l'Université de Dublin (5 au 11 juillet prochain). Une adresse rédigée par le bureau sera présentée au corps universitaire de Dublin au nom du Conseil général. M. le Dr Lannelongue parlera au banquet, au nom de l'Université de Paris. Ce premier point réglé, le Conseil a procédé à la présentation de deux candidats au décanat de la Faculté des sciences. M. Darboux, désigné déjà par l'unanimité de ses collègues, a été également présenté en première ligne par l'unanimité du conseil général. En seconde ligne l'a été M. Duclaux.

Service de Santé militaire.

Période d'instruction des médecins de la Réserve.

Pour donner aux médecins toute une partie de l'instruction sanitaire qu'ils ne peuvent recevoir dans les régiments et dans les manœuvres d'ensemble, le Ministre vient de décider que, chaque année, une période d'instruction de cinq jours francs aurait lieu à une époque fixée par le général commandant le corps d'armée siège des manœuvres : à Paris, pour le gouvernement de Paris, les 2e, 3e et 5e corps ; au camp de Chalons, pour les 1er, 6e et 7e corps ; à Rennes, pour les 4e et 10e corps ; à Lyon, en dehors de l'époque des manœuvres alpines, pour les 8e, 13e, 14e et 15e corps ; à Bordeaux, pour les 9e, 11e et 18e.

La période d'instruction comportera des *conférences* et des

manœuvres. Celles-ci seront commandées par un officier général et consisteront en exercices sur la marche, l'installation et le fonctionnement des formations sanitaires, sur l'embarquement d'une ambulance et l'aménagement d'un train sanitaire improvisé. Les corps de la garnison fourniront les troupes nécessaires pour figurer le combat d'une division avec ses services. Tous les groupes seront représentés et l'on devra toujours tenir le plus grand compte de la durée probable de l'action dans la réalité de la guerre.

Tous les officiers du service de santé seront appelés à prendre part à ces exercices au moins une fois tous les cinq ans. Les pharmaciens et les aumôniers des différentes formations sanitaires, dont les fonctions en temps de guerre ne nécessitent pas une préparation spéciale, n'y participeront pas.

Des réservistes infirmiers et brancardiers d'ambulance seront appelés dans chaque corps d'armée du groupe pour porter au complet les formations sanitaires devant opérer simultanément.

Les officiers non montés en temps de paix et qui doivent l'être en campagne recevront un cheval de troupe sellé et harnaché.

Les médecins et officiers d'administration du service de santé de réserve et de l'armée territoriale seront prévenus de la date et du lieu des exercices, auxquels ils pourront assister, sans avoir droit à aucune allocation. Un médecin du cadre actif sera désigné pour les diriger. Mention sera faite de leur présence sur les feuillets du personnel et sur les propositions dont ils pourraient être l'objet.

De Toulouse on annonce que les expériences dont cette ville sera le centre dans les premiers jours de juillet se feront dans un rayon de trente kilomètres.

A propos des injections sous-cutanées de suc testiculaire.

Rien de neuf sous le soleil, dit un vieux proverbe. Tel semble être le cas des injections de M. Brown-Séquard. Parmi les moyens aphrodisiaques, en usage depuis des siècles dans l'Inde, figure : « 6° Lait sucré dans lequel *on fait bouillir des testicules de bouc ou de bélier* (1). » L'organe est le même ; seul le mode d'administration diffère.

La Conférence sanitaire de Venise.

M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, a rendu compte à l'Académie des Sciences, la semaine dernière, des résultats obtenus par la Conférence sanitaire et internationale, réunie le mois dernier à Venise, en vue de mettre l'Europe à l'abri de l'invasion des maladies épidémiques, et notamment de l'invasion du choléra par la voie du canal de Suez. M. Brouardel a fait l'historique des quarantaines. Après avoir montré que cette mesure est devenue illusoire dès qu'il s'agit de plusieurs milliers de personnes agglomérées sur un point aussi fréquenté que le canal de Suez, il a montré qu'il fallait donc recourir à des moyens empruntés aux données de la science actuelle, si l'on avait souci de la préservation de l'Europe. Partant de cette idée maintes fois contrôlée par les faits que la maladie se propage par les déjections et par les linges, etc., il n'existe qu'un seul procédé pratique pour tuer les germes : c'est l'étuve de désinfection à vapeur surchauffée. En 1890, ces mesures de désinfection par étuves, prises à la frontière espagnole, ont mis la France à l'abri de la contamination.

Ces idées, soutenues par les délégués français à la Conférence de Venise, ont été acceptées par tous les pays. L'Angleterre elle-même, qui avait la prétention de conserver la libre pratique pour les navires portant son pavillon sur tout le passage du canal et en dépit des causes multiples de contact avec la population riveraine, a fini par consentir à leur acceptation.

En raison donc des clauses signées, chaque navire provenant des pays contaminés ou transportant des cholériques à bord devra s'arrêter à l'entrée du canal et subir une désinfection complète. Parmi les navires venant de l'Extrême-Orient, n'auront libre accès que ceux qui n'ont pas eu de décès depuis huit jours et n'ont aucun cas à bord.

Pour assurer l'application réelle de ces mesures et de plusieurs autres on a réduit de 9 à 4 le nombre de représentants de l'Egypte, afin qu'aucune puissance, en s'alliant à l'Egypte, ne puisse avoir une action prépondérante. En finissant, M. Brouardel a émis le vœu qu'on exerce une surveillance aussi rigoureuse dans le golfe Persique et aux frontières de la Russie. Ce n'est qu'au prix de l'application rigoureuse de ces mesures qu'on peut espérer mettre l'Europe à l'abri du choléra et des grandes épidémies.

M. le Pr Proust a fait une communication analogue à l'Académie des sciences morales et politiques. Il a fait l'historique des conférences sanitaires.

(1) *Le Kama Soutra*, p. 109.

Conseils académiques pour 1892-1896.

A la suite des elections qui ont eu lieu en exécution de la loi du 27 février 1880 et des nominations faites par le Ministre, les Conseils académiques de France comprennent les professeurs de sciences dont les noms suivent :

Conseil académique de Paris. — MM. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine; Darboux, doyen de la Faculté des sciences ; Grancher, professeur à la Faculté de médecine; Troost, professeur à la Faculté des sciences; A. Milne-Edwards, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie; Henrot, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims; Levraud, membre du Conseil municipal de Paris.

Conseil académique d'Aix. — MM. Reboul, doyen des sciences de la Faculté de Marseille; Chapplain, directeur de l'Ecole en plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille ; Caillol de Poncy, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

Conseil académique de Besançon. — MM. Saillard, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie; Boutroux, professeur à la Faculté des sciences; Bruchon, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie.

Conseil académique de Bordeaux. — MM. Pitres, doyen de la Faculté de médecine; Lespiault, doyen de la Faculté des sciences ; Masse, professeur à la Faculté de médecine ; Gayon, professeur à la Faculté des sciences.

Conseil académique de Caen. — MM. De Saint-Germain, doyen de la Faculté des sciences; Bourrienne, directeur de l'Ecole de médecine de Caen; Delabost, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen ; Joyeux-Laffuie, professeur à la Faculté des sciences ; Pennetier, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen.

Conseil académique de Clermont. — MM. Hurion, doyen de la Faculté des sciences ; Ledru, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie ; Poirier, professeur à la Faculté des sciences; Gagnon, professeur à l'Ecole de médecine.

Conseil académique de Dijon. — MM. Margottet, doyen de la Faculté des sciences ; Deroye, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon ; Brunhes, professeur à la Faculté des sciences; Viallanes, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie.

Conseil académique de Grenoble. — MM. Raoult, doyen de la Faculté des sciences; Berger, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie; Allard, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie.

Conseil académique de Lille. — MM. Folet, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie; Lenoël, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Amiens; Lotar, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie; Damien, professeur à la Faculté des sciences; Mollien, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Conseil académique de Lyon. — MM. Lortet, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie; Gailleton, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

Conseil académique de Montpellier. — MM. Mairet, doyen de la Faculté de médecine; Sabatier, doyen de la Faculté des sciences; Diacon, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie ; Tédenat, professeur à la Faculté de médecine; De Forcrand, professeur à la Faculté des sciences; Courchet, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie.

Conseil académique de Nancy. — MM. Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine; Bichat, doyen de la Faculté des sciences ; Schlagdenhauffen, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie ; Gross, professeur à la Faculté de médecine; Bleicher, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie.

Conseil académique de Poitiers. — MM. Durrande, doyen de la Faculté des sciences; Chédevergne, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers; Dauner, directeur de l'Ecole de médecine de Tours; Raymondaud, directeur de l'Ecole de médecine de Limoges.

Conseil académique de Rennes. — MM. Sirodot, doyen de la Faculté des sciences; Laennec, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de Nantes; Delacour, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes; Legludic, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers; Ménier, directeur de l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Nantes; Le Chartier, professeur à la Faculté des sciences; Le Feuvre, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

Conseil académique de Toulouse. — MM. Caubet, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse; Baillaud, doyen de la Faculté des sciences de Toulouse; Crouzat, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

Faculté de Médecne et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des étudiants reçus Docteurs en médecine pendant les mois d'avril, mai et juin.
(Année scolaire 1891-1892).

51. M. Madon. Des névralgies blennorrhagiques. — 52. M. Duprat. Contribution à l'étude de l'électro-diagnostic et de l'électro-pronostic de la paralysie faciale. — 53. M. Guiet. De l'éléphantiasis des paupières. — 54. M. Bernard. Contribution à l'étude de la grippe et de ses complications oculaires. — 55. M. Depied. Des maladies pulmonaires chroniques dans leurs rapports avec la nutrition du traitement par l'air comprimé.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 4. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Gautier, Hanriot, Weiss. — (2e *série*) : MM. Gariel, Lutz, Blanchard. — (3e *série*) : MM. Baillon, Guebhard, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Retterer, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Delens, Monod, Kirmisson. — (2e partie) MM. Fournier, A. Robin, Marie.

Mardi 5. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Baillon, Pouchet, Guebhard. — (2e *série*) : MM. Lutz, Hanriot, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *série*) : MM. Berger, Bar, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Tarnier, Polaillon, Schwartz. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Le Fort, Richelot, Quénu. — (2e *série*) : MM. Guyon, Le Dentu, Campenon. — (2e partie) : MM. Peter, Cornil, Ballet.

Mercredi 6. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Baillon, Hanriot, Guebhard. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Blanchard, Weiss. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Reynier, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Monod, Peyrot, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Delens, Jalaguier, Ricard. — (2e partie) : MM. Potain, Straus, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Obstétrique. (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Second, Ribemont-Dessaignes.

Jeudi 7. — (1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Gautier, Guebhard, Blanchard. — (2e *série*) : MM. Baillon, Villejean, Weiss. 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Berger, Maygrier.

Vendredi 8. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Gariel, Villejean, Fauconnier. — (2e *série*) : MM. Gautier, Guebhard, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Straus, Retterer, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Marc Sée, Monod, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Peyrot, Segond, Ricard. — (2e partie) : MM. Potain, Ollivier, Brissaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Obst. (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Delens, Ribemont-Dessaignes.

Samedi 9. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Pouchet, Guebhard, Villejean. — (2e *série*) : MM. Lutz, Blanchard, Fauconnier. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Chirurgie. Hôtel-Dieu (1re *série*) : MM. Duplay, Brun, Nelaton. — (2e *série*) : MM. Panas, Campenon, Schwartz. — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Debove, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Obstétrique (Clin. d'accouchem., rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Jeudi 7. — M. Rahon. Recherches sur les ossements humains anciens et préhistoriques en vue de la reconstitution de la taille (Epoques quaternaire, néolithique, protohistorique et moyen âge). — M. Goupil. De la lymphangite tuberculeuse, et particulièrement de sa forme angiectasique. — M. Kraus. Des rétrécissements tuberculeux du larynx et de leur traitement. — M. Laplanche. Traitement de la tuberculose pulmonaire chez les enfants par les injections de gaiacol iodoformé. — M. Lévy. Diabète sucré dans ses rapports avec les lésions nerveuses *spontanées*. — M. Hamard. Etude sur un cas d'anomalie rare de l'amnios. — M. Dardano. Laryngites des tuberculeux. — M. Delageniere (Paul). Etude critique et expérimentale sur la néphrorraphie. — M. Jullien. Des procédés d'ablation des polypes naso-phryngiens.

Samedi 9. — M. Evanno. Recherches sur l'isolement dans la rougeole. — M. Adam. De l'œdème dans le purpura. — M. Planton. Histoire des affections intestinales pendant la période gréco-romaine.

Laïcisation des hôpitaux. — Le Secrétariat du peuple du 5e arrondissement avait organisé, à Paris, une réunion dont le but était de réclamer la réintégration des sœurs dans les hôpitaux. La séance a été très tumultueuse. M. Georges Berry, conseiller municipal réactionnaire, a prononcé un discours qui a été suivi des cris les plus discordants.

FORMULES

I. — Prurit anal hémorrhoïdaire.

M. Brinton emploie avec succès, assure-t-il, l'administration interne de la poudre de feuilles de *Teucrium scordium,* à la dose de 50 à 60 centigrammes, 3 fois par jour, une demi-heure avant les repas. Amélioration rapide et guérison en 7 à 10 jours (*Thérapeut. Gaz.*, n° 1, 1892).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 19 juin 1892 au samedi 25 juin 1892, les naissances ont été au nombre de 1081 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 402; illégitimes, 146 Total, 548. — *Sexe féminin :* légitimes, 399 ; illégitimes, 134. Total, 33.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 19 juin 1892 au samedi 25 juin 1892, les décès ont été au nombre de 930 savoir : 495 hommes et 435 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 7, T. 16. — Variole : M 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 9, F. 12, T. 21. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 20, F. 20, T. 31. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 98, F. 72, T. 168. — Autres tuberculoses : M. 22, F. 11, T. 31 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 1, T. 1. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 31, T. 44. — Méningite simple : M. 12, F. 15, T. 27. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 24, T. 46. — Paralysie, M. 4, F. 5, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 1, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 24, T. 49. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 7, T. 13. — Bronchite chronique. M. 11, F. 11, T. 22. — Broncho-Pneumonie : M. 20, F. 18, T. 38, — Pneumonie : M. 22, F. 13, T. 35. — Gastro-entérite, biberon : M. 45 F. 35, T. 80 — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 5, T. 11. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 8, F. 3, T. 11. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 9, F. 17, T. 26. — Sénilité : M. 4, F. 19, T. 23. — Suicides : M. 15, F. 2, T. 17. — Autres morts violentes : M. 16, F. 12, T. 28. — Autres causes de mort : M. 86, F. 63, T. 149 — Causes restées inconnues : M. 4, F. 3, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 81, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 28, illégitimes, 8. Total : 36. — *Sexe féminin :* légitimes, 35, illégitimes, 10. Total : 45.

Faculté des sciences de Caen. — M. Huet (E.-L.-L.), docteur en médecine et docteur ès sciences, maître de conférences de zoologie à la Faculté des sciences de Caen, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

Facultés de médecine. — *Concours d'agrégation en chimie et Physique.* — Sont nommés, à *Paris* : M. André (pharmacie); à *Lyon* : M. Bayrac (chimie) et M. Deroide (pharmacie); à *Montpellier* : M. Moitessier (chimie); à *Bordeaux* : M. Sigalas (physique); à *Lille* : M. Castex (physique).

Concours d'agrégation en Anatomie, Physiologie et Histoire naturelle. — Sont nommés en *Anatomie*, pour *Paris* : M. Sébileau; pour *Bordeaux* : M. Princeteau : pour *Lille* : MM. Curtis et Laguesse ; pour *Nancy* : Prenant. En *Physiologie*, pour *Lille* : M. Bedard ; pour *Toulouse* : M. Abelous. En *Histoire naturelle*, pour *Paris* : M. Heim ; pour *Lyon* : M. Roux.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour les prix à décerner en 1892 aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hopitaux et hospices de Paris et la nomination aux places d'élèves internes vacantes en 1893.* — L'ouverture du Concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 12 octobre, à midi precis. — Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve. MM. les eleves externes en medecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prevenus qu'en exécution du reglement, ils sont tous tenus de prendre part au Concours des prix, sous peine d'etre rayes des cadres des eleves des hopitaux et hospices. Les élèves sont admis à se faire inscrire au secretariat géneral de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au mercredi 28 du même mois, inclusivement.

Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes en 1893 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du Concours

pour l'externat aura lieu le samedi 15 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, nº 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce Concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au mercredi 28 du même mois, inclusivement.

Académie de Médecine. — Est approuvée l'élection faite par l'Académie de médecine, de M. le Dr Pinard, pour remplir la place de membre titulaire devenue vacante, dans la section d'accouchement, par suite du décès de M. le Dr Barthez.

Assainissement de Toulon. — M. le Dr Sambuc, maire de Toulon, est arrivé à Paris. Ce départ de Toulon avait été précédé d'un banquet offert par les maires de l'arrondissement au sous-préfet de Toulon et dans lequel divers toasts ont été portés. M. le maire d'Hyères s'est attaché principalement à bien établir la solidarité qui existait entre tous les maires de l'arrondissement afin de donner plus d'autorité encore aux démarches que M. Sambuc va faire à Paris, auprès des autorités compétentes, pour résoudre la question si importante de l'*assainissement de Toulon*.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a ouvert, mercredi dernier, sa session semestrielle sous la présidence de M. le Dr Th. Roussel, sénateur. M. Roussel a prononcé un discours résumant les résultats obtenus par le Conseil, notamment en ce qui concerne les *Enfants-Assistés et la loi sur l'assistance médicale dans les campagnes*. Le Parlement a été saisi de ces deux questions, grâce au Conseil. M. Drouineau a lu ensuite son rapport sur l'*assistance maternelle*. M. Drouineau demande l'organisation, dans les départements, de maternités et d'asiles ouvriers qui recevraient les femmes enceintes avant leur accouchement, alors même qu'elles désireraient garder l'anonymat. Le Conseil a immédiatement commencé la discussion de ce rapport.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le vendredi 15 juillet. La durée de cette session sera de cinq jours.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés *officiers de l'Instruction publique* : MM. Arth (Georges-Marie-Florent), chargé de cours à la Faculté des sciences de Nancy; Garnier (Léon), professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Heinbach (Auguste-Albert), pharmacien, professeur ; Bonassieux (L.-J.-P.-M.), secrétaire-adjoint de la section des sciences économiques et sociales au Congrès des Sociétés savantes, archiviste aux Archives nationales; Collignon (René), docteur en médecine, membre de la Société d'anthropologie, médecin-major de 2e classe au 25e régiment d'infanterie, à Cherbourg ; Hyades (P.-D.-J.), docteur en médecine, principal collaborateur des publications de la mission scientifique du cap Horn, médecin principal, membre du Conseil supérieur de santé de la marine.

Sont nommés *officiers d'Académie* : MM. Daraignez (Jules), docteur-médecin à Hagetnau (Landes), délégué cantonal, médecin inspecteur des écoles ; Juste (Louis), pharmacien, à Hagetnau (Landes), délégué cantonal; Ficatier, docteur en médecine, médecin du lycée de Bar-le-Duc; Picard (Emile), docteur médecin, maire de Jarville (Meurthe-et-Moselle); Bigot (Alexandre-Pierre), docteur es sciences, membre de la Société chimique, à Paris.

Exercice illégal de la médecine. — Le tribunal correctionnel de Rouen avait à juger un guérisseur d'une espèce toute particulière, P... cumulait les fonctions de masseur, de rebouteur, de médecin, de chirurgien, etc. Pour administrer des fumigations à ses clients il les enfermait dans un tonneau, la tête seule émergeant. Assis sur une chaise placée dans le tonneau, le patient recevait, en cette position, la chaleur d'un réchaud à charbon allumé au-dessous. Le tribunal a prononcé contre P... une triple condamnation : d'abord, huit jours de prison pour blessures par imprudence, ensuite 500 francs d'amende pour exercice illégal de la pharmacie, et 16 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine et de la chirurgie.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, professeur au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 3 juillet au Guépelle, à Montmélian et à Mortefontaine. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare du Nord, où l'on prendra, à 8 h. 20 du matin, le train pour Survilliers. Les personnes qui voudront profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, devront verser le montant de la demi-place jusqu'à vendredi, au Laboratoire de Géologie, 61, rue de Buffon ou samedi à la Galerie de Géologie, avant 5 heures, dernier délai.

Hygiène des villes. — *L'Eau de la Banlieue de Paris*. — Le Conseil général de la Seine s'est réuni jeudi dernier. Il s'est occupé de la question des eaux de source, aussi brûlante dans la banlieue qu'à Paris même, et il a conclu à une étude de l'extension à la banlieue de la distribution des eaux potables.

Le Choléra en Asie et en Russie. — Une note officielle signale plus de 300 cas de choléra dans les possessions russes de l'Asie centrale et à Bakou. Jusqu'au 22 juin, on a enregistré 75 décès en Asie et 72 à Bakou. Les mesures préventives sont appliquées dans les provinces de Saratov, Astrakhan, Tauride, Oural, Orianenbourg, le Caucase et le Steppe, ainsi que dans les ports de la mer Noire. Les journaux russes du Sud-Est donnent des détails sur les mesures prises par les autorités pour combattre le choléra. Sur la ligne du chemin de fer transcaspien, les voyageurs sont tenus pendant sept jours en observation à Bak-Ichen et Ouzoun-Ada; tous les vivres sont examinés avec soins et visés au départ et à l'arrivée. Du reste, les mesures ont été prises sur la frontière dès l'apparition du choléra en Perse ; des quarantaines sont établies depuis le 16/28 mai à hauteur des principales stations de la ligne du chemin de fer. A Astrakhan, les médecins de la ville sont chargés de visiter et de désinfecter tous les batiments venant de la mer. Le mouvement d'émigration vers le Caucase et le district transcaspien est suspendu : des médicaments et des désinfectants sont distribués aux habitants par les soins de la police. A Tiflis, le conseil municipal a décidé d'affecter une somme importante à l'achat des médicaments, à l'assainissement des hôpitaux. Dans tout le Caucase on a rapidement organisé des lazarets mobiles, qui seront transportés d'un endroit à l'autre suivant les besoins : ceux des gouvernements de Tiflis, d'Elisavetpol, d'Erivan, du Daghestan et de la province de Kars sont prêts à fonctionner. Sur tous les points du territoire menacé, les autorités ont fait désinfecter les édifices militaires et aménager les salles destinées à recevoir les malades aussitôt que la maladie se déclarera. En somme, toute la presse est unanime à constater le zèle des autorités ; des réserves sont faites seulement sur l'organisation des secours médicaux à Bakou. Le conseil sanitaire a imposé dix jours de quarantaine sur les arrivages de Batoum. — Une dépêche de Téhéran annonce que le nombre des décès dus au choléra diminue sensiblement à Meshed. Un rapport officiel accuse trente-cinq morts par jour. Le bruit court que l'épidémie a atteint Askabad.

La fièvre typhoïde a Epinal. — Depuis quelques jours, des cas de fièvre typhoïde se sont déclarés à Epinal, surtout dans la garnison. L'école normale des filles et le collège ont été licenciés. Les fièvres sont attribuées à la contamination des eaux de source.

Les médecins anglais au Caire et la Presse française. — La Cour vient de prononcer son jugement dans le procès intenté par un médecin anglais, le Dr Milton, chef de l'hôpital indigène, contre le journal français le *Bosphore*, qui avait vivement attaqué les médecins anglais du Caire. Le *Bosphore* a été condamné à 1,000 livres sterling de dommages-intérêts et à l'insertion du jugement dans ses colonnes et dans deux autres journaux.

La Laïcisation du Bureau de bienfaisance de Marseille. — Dans sa réunion d'hier, dit le *Petit Provençal* du 24 juin, la Commission administrative du Bureau de bienfaisance s'est prononcée pour la laïcisation et a dénoncé le traité qui la liait aux religieuses. On sait qu'aux termes de ce traité les religieuses chargées du service conservent leurs fonctions quatre mois encore après la dénonciation. Pour se montrer conciliants, les administrateurs délégués ont accordé aux religieuses un délai qui prendra fin le 31 décembre de l'année courante. Voici les noms des délégués qui se sont prononcés en faveur de la laïcisation : MM. Flaissières, maire ; Coulet, Nègre, Tisseron, conseillers municipaux ; Cros, délégué de l'*Union des Chambres syndicales ouvrières* ; Estier et Chanot, conseillers généraux.

La disparition d'un naturaliste. — Le ministre de l'Instruction publique fait rechercher le yacht à vapeur *Aster*, appartenant à M. Hermann Foll, zoologiste, disparu depuis trois mois. M. Foll, naturaliste bien connu, était chargé d'une mission dans la Méditerranée. Le yacht *Aster* mouilla à Brest le 19 mars ; le 22 mars, à Bénodet ; le 27, il fut vu en face de la Corogne. En outre, un capitaine de la Compagnie péninsulaire prétend avoir vu le yacht sur les côtes d'Afrique quelques jours après. Depuis ce temps, on est sans nouvelles du yacht et du Dr Hermann Foll. En quittant Brest, l'*Aster* devait aller dans la Méditerranée et faire escale à Nice avant de commencer sa mission.

Les Enfants assistés au Sénat.— La Commission chargée par le Sénat de l'examen du projet de loi du gouvernement sur le service des enfants assistés poursuit son œuvre sous la présidence de M. le Dr Th. Roussel. Ce projet, longuement étudié au Conseil supérieur de l'Assistance publique, n'a pas seulement

pour but la codification des règles d'un important service encore sans unité et dont les pratiques sont souvent en désaccord avec les lois qui sont censées le régir, mais il apporte deux réformes capitales, à savoir : *L'admission des enfants à bureau ouvert et la fixation d'un minimum obligatoire du taux de pensions des pupilles de l'Assistance*. La Commission vient de se prononcer, à l'unanimité, en faveur de l'une et l'autre de ces réformes. Elle ne s'est prononcée sur la première qu'après avoir examiné de près le fonctionnement du bureau ouvert de l'hospice dépositaire des enfants assistés de Paris et avoir étudié les résultats du fonctionnement de ce régime qui compte déjà plusieurs années d'existence. Elle va aborder maintenant l'examen des dispositions financières du projet de loi.

Service de santé militaire. — *Réserve*. — M. le médecin-inspecteur Baudouin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, vient de faire publier le programme de l'examen d'aptitude exigé des médecins et pharmaciens de 1re classe, candidats au grade d'aide-major de 2e classe de la réserve et de l'armée territoriale. Les examens commenceront le 22 août, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Martin, pour les médecins, et à l'hôpital du Gros-Caillou pour les pharmaciens. A cet effet, le général Saussier vient de donner des ordres pour que des conférences préparatoires soient faites par des officiers du service de santé du gouvernement de Paris, à partir du 1er août.

Service de santé de la marine. — Profitant du passage à Rochefort de M. le Dr Moinet, sénateur, les officiers du service de santé de la marine lui ont offert un banquet pour le remercier d'avoir pris la défense de leurs intérêts devant le Sénat.

Société d'encouragement pour l'industrie nationale. — *Prix*. — La Société d'encouragement pour l'Industrie nationale a tenu dans son hôtel, rue de Rennes, 44, sa séance générale. Il a été procédé à la distribution des récompenses décernées pour l'an 1892. Parmi ces récompenses, il faut signaler le grand prix du marquis d'Argenteuil de 12.000 fr., qui a été décerné à M. Berthelot, l'éminent savant. Citons, en outre, les prix suivants : 2.000 francs à l'internat des sourdes-muettes dépendant de l'imprimerie Firmin-Didot et Ce au Mesnil-sur-l'Estrée, canton de Nonancourt (Eure) ; 1.000 fr. à l'ouvroir des ouvrières aveugles à Illiers (Eure-et-Loir) ; 1.000 fr. à M. Leo Vignon, maître de conférences à la Faculté des sciences de Lyon.

Un voyage au pôle nord. — On annonce que l'expédition du lieutenant Peary est partie de New-York hier. Cette expédition a été organisée par l'Académie des sciences naturelles des Etats-Unis dans le but de retrouver M. R. E. Peary et ses compagnons, qui avaient entrepris un voyage d'exploration scientifique dans les régions nord polaires. Elle partira de Saint-Jean-de-Terre-Neuve, le 12 juillet pour le nord du Groenland. C'est un professeur de Philadelphie, M. Angelo Heilprin, directeur de l'Académie des sciences naturelles de cette ville, qui est chargé de la diriger.

Nécrologie. — M. le Dr Delarente-David (de Rivarennes). — M. le Dr Gillé (Saint-Avold, Lorraine annexée). — M. le Dr Prosse (de Paris). — M. le Dr N. Hoursolh (de Bayonne). — M. le Dr Eugène Parisot, du Thillot (Vosges), décédé à l'âge de vingt-sept ans, fils de M. le Docteur Parisot, maire du Thillot. — M. le Dr Suzeau de (Thiers). — M. le Dr Terris (d'Alleins).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand*. — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux* : M. Déjerine, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. Bourneville, samedi à 9 h.

Hospice de la Salpêtrière. — *Maladies mentales*. — Le Dr Auguste Voisin, le dimanche, à 10 h. du matin.

Hôpital du Midi. — *Syphiligraphie*. — M. le Dr Charles Mauriac : le samedi à 9 heures 1/2 du matin, à la même heure.

Hôpital Laennec. — *Clinique chirurgicale* : M. le Dr Nicaise, le samedi à 9 h. 1/2, salle du Musée.

Asile clinique (Sainte-Anne). — *Clinique médicale*. — M. G. Ballet, dimanche, 9 h. 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

Camuset. — **Note sur un aliéné homicide**. Brochure in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr.

Chabbert (L). — **Cas de tabes à début céphalique caractérisé par la lésion des 2e, 3e, 4e, 5e et 6e paires crâniennes**. Brochure in-8 de 11 pages.

Magnan. — **Héréditaires dégénérés**. Leçon recueillie par le Dr Vigouroux. Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés . . . . 50 c.

Mesnet (E.). — **Somnambulisme spontané dans ses rapports avec l'hystérie**. Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

Pitres (A.). — **Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales**. Volume in-8 de 152 pages, avec 2 planches hors texte. Prix . . . . 4 fr.

Séglas (J.) et Londe (P.). — **Sur les hallucinations et en particulier sur les hallucinations verbales psycho-motrices dans la mélancolie**. Brochure in-8 de 24 pages. Prix : 0 fr. 75 c. — Pour nos abonnés . . . . 50 c.

Voisin (J.) et Péron (A.). — **Recherches sur l'albumiuurie post-paroxystique chez les épileptiques**. Brochure in-8 de 18 pages. — Prix : 0 fr. 75 c. — Pour nos abonnés . . . . 50 c.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 28. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 9 JUILLET 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. J.-M. CHARCOT.

Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes.

DU DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ D'ORIGINE HYSTÉRIQUE (*vigilambulisme hystérique*) (*suite*) (1);

par GEORGES GUINON, chef de clinique à la Salpêtrière.

2° ÉTAT A (*état normal, état prime, état de veille*).

Dans les conditions ordinaires, l'état A, l'état normal, l'état de veille, n'apparaît point spontanément aux yeux de l'observateur. En effet, il n'existe habituellement que pendant la nuit, commençant peu de temps après le coucher de la malade et cessant le matin au moment du réveil pour faire place au retour spontané de l'état B. Il dure donc seulement pendant la nuit, de sorte que la malade dort sa vie normale. Mais après quelques investigations, on s'aperçut que cet état de veille pouvait revenir accidentellement de temps en temps, soit spontanément, après une attaque par exemple, soit provoqué par certaines manœuvres sur lesquelles nous reviendrons plus loin. En tous cas, les périodes accidentelles d'état A, tant spontanées que provoquées, sont toujours fort courtes. Elles atteignent rarement un quart d'heure. Une seule fois on a vu une période spontanée consécutive à une attaque, dans la journée, durer environ une heure. En moyenne elles sont à peu près de dix minutes.

J'ai étudié moi-même l'état A, non seulement dans ses manifestations accidentelles, les seules, on le comprend, dans lesquelles on puisse faire quelques recherches, mais encore pendant la nuit et le sommeil. J'ai pu ainsi me convaincre qu'il n'y avait aucune différence entre les diverses périodes et qu'il s'agissait bien là d'un état unique, toujours comparable à lui-même dans toutes ses apparitions.

Le phénomène le plus caractéristique qui distingue cet état et empêche dès l'abord toute confusion avec l'autre, est un trouble particulier de la motilité. La malade ne peut pas marcher. Elle n'est pas paraplégique, à vrai dire, et en éprouvant la force musculaire des différents segments des membres inférieurs, on s'aperçoit qu'ils ont conservé toute leur énergie. Cependant elle peut à peine rester debout, est obligée de s'appuyer contre quelque meuble pour ne pas tomber, et est à peu près incapable de marcher. Il s'agit là fort vraisemblablement d'une sorte d'astasie-atasie.

Peut-être en partie à cause de ce trouble de la marche qui la gêne grandement, Marguerite a, dans l'état A, un air soucieux, ennuyé qui fait un frappant contraste avec sa physionomie éveillée et expressive de tout à l'heure. Elle ne paraît d'ailleurs pas bien à son aise dans cet état. « Elle se sent toute drôle (2). »

(1) Voir *Progrès Médical*, nos 11, 13, 19 et 27, 1892.

(2) « Je suis toute drôle — je me sens drôle » sont des expressions que l'on rencontre souvent dans la bouche des somnambules hystériques, qui expriment aussi l'espèce de changement inconscient survenu chez elles. Voir à ce sujet Pierre Janet (*l'Automatisme psychologique*, p. 130), qui cite également (p. 108) quelques cas de malades paraplégiques à l'état de veille et parfaitement agiles dans le somnambulisme hypnotique. Mais c'est d'hypnose provoquée qu'il s'agit dans ces cas et non [illegible]. Il n'en est pas moins intéressant de les rapprocher du nôtre en raison de cette dissociation des troubles de la motilité dans l'un et l'autre états.

Elle est agacée et répond avec impatience aux questions qu'on lui pose. Mais on s'aperçoit tout de suite qu'elle a conscience de sa vie antérieure, d'après les renseignements qu'elle donne sur sa famille et sur son enfance (voir plus loin). Elle sait lire, écrire et fait couramment des opérations d'arithmétique assez compliquées.

Si on vient alors à rechercher chez elle les phénomènes morbides notés dans l'état B, on constate un changement complet. En ce qui concerne les attaques de nerfs, nous ne lui en avons jamais vu dans cet état, sauf celles qui en marquent la fin, et à l'aide desquelles elle repose spontanément dans le vigilambulisme. Pendant la nuit, où elle est, même éveillée, dans l'état A, on n'a jamais constaté d'attaques.

Quant aux autres stigmates de l'hystérie, ils sont aussi profondément modifiés. Au lieu d'une anesthésie cutanée totale, elle ne présente plus qu'une hémianesthésie du côté gauche. Elle conserve l'ouïe et l'odorat intacts, seul le goût est diminué du côté gauche. Le rétrécissement du champ visuel est beaucoup moins prononcé (60° à gauche, 70° à droite et la malade distingue parfaitement bien toutes les couleurs (v. *Fig.* 2).

G

D

Fig. 2. — Champ visuel de Marguerite Din... dans l'état normal (on voit que le rétrécissement est moins prononcé que dans le vigilambulisme).

Mais le changement est bien plus accentué si l'on s'adresse à la mémoire. Elle connaît tous les détails de sa vie antérieure jusqu'au mois d'octobre 1889. C'est ainsi qu'elle nous dit être née à P... et avoir été en pension tout d'abord à R... chez Mlle B..., puis à P... chez Mlle D...; ce qu'elle était incapable de faire, on s'en souvient, dans l'état B. De plus elle donne sur sa famille et ses antécédents des détails précis (je les ai reproduits au début de l'observation) qui ont pu être contrôlés par les renseignements fournis par ses parents. Elle sait que son père et sa mère

sont morts, et de quelles maladies, par qui elle a été élevée après être devenue orpheline, etc..., etc... (1).

Elle possède quelques notions assez précises d'histoire. Elle connaît Jeanne d'Arc; elle sait que Cléopâtre et Marc-Antoine étaient des personnages de l'histoire Romaine, celui-ci Romain, celle-là reine d'Egypte.

Elle possède parfaitement bien toutes les connaissances acquises par l'instruction et l'éducation que peut avoir une jeune fille de son âge. Elle sait ce qu'on lui a appris touchant la mort, l'âme, le ciel et l'enfer. Elle n'ignore point ce qu'est un cimetière, un cercueil, etc... Enfin elle n'écrit pas un mot dont elle ne connaisse le sens d'une façon plus ou moins précise.

Mais si elle a ainsi la parfaite connaissance de sa vie antérieure, en revanche elle ignore absolument tous les faits accomplis et les événements survenus dans l'état B, c'est-à-dire depuis environ le mois d'octobre 1889. En d'autres termes la personne normale n'a pas la moindre notion de la personne vigilambulique.

J'ai dit plus haut qu'elle s'était liée d'intime amitié avec l'une de ses compagnes, Marguerite F..., passant tout son temps auprès d'elle, sortant chez ses parents, partageant avec elle son argent, ses repas. Dans l'état A elle ne la connaît plus. Elle ne l'a jamais vue. Si on insiste en lui demandant si vraiment elle ne se rappelle pas l'avoir vue quelque part: « Ah! oui, dit-elle, je l'ai vue quelquefois. C'est la jeune fille qui couche dans le lit voisin du mien. » Cette reconnaissance est facile à expliquer; elle a vu, en effet, Marguerite F... pendant la nuit, lorsqu'elle est en état A, couchée dans le lit voisin du sien. Nous fîmes souvent cette confrontation des deux amies et l'autre finit par ne plus s'émouvoir de ce brusque dérangement de sentiments chez sa camarade. Mais avant qu'elle fût instruite de cela, elle avait un jour subi une vive émotion en la voyant ainsi et l'avait crue un peu folle.

A propos d'une contrariété quelconque, Marguerite avait eu, dans le jardin de l'hospice, une petite attaque de nerfs. Celle-ci terminée, son amie s'aperçoit avec stupeur qu'elle ne peut plus marcher (elle était tombée spontanément en état A en plein jour). Elle s'approche d'elle pour lui porter secours, tâche de la rassurer en la tutoyant comme d'habitude. « Mais, mademoiselle, répond Marguerite, laissez-moi tranquille!... je ne vous connais pas... pourquoi me tutoyez-vous? » On devine la stupeur de son amie qui fond en larmes, au grand étonnement de l'autre. Cette période accidentelle spontanée d'état A fut la plus longue qui ait été constatée; elle dura environ une heure, heure de quiproquos et d'étonnements pour sa pauvre amie qui n'y comprenait goutte. Au bout de ce temps, Marguerite, à la faveur d'une nouvelle attaque, rentre dans son état habituel (état B), peut de nouveau marcher et redevient affectueuse comme par devant. Mais, le lendemain matin, l'autre vient me trouver et me raconte cet épisode qui l'avait tout émotionnée et lui avait fait croire, un instant, à la « folie » de sa compagne.

Je pourrais citer mille exemples analogues de cet oubli total des faits d'un état dans l'autre.

Un dimanche matin (16 février 1890), à l'époque ou Marguerite était liée avec notre autre vigilambule, Marie H..., M. Charcot les fait venir toutes deux dans son cabinet. Aussitot qu'elles arrivent, on leur demande ce qu'elles viennent de faire et Marguerite raconte qu'elle vient de se promener dans les cours de l'établissement avec « sa petite mère » (c'est ainsi qu'elle appelle Marie H...) qu'elles ont été rendre visite à madame D..., une des surveillantes du service, et donne des détails précis sur ce qui s'est passé pendant cette visite. On provoque alors artificiellement (voir plus loin) le retour à l'état A. Voilà Marguerite devenue incapable de faire un pas, fort étonnée de se trouver là. « Elle ne sait pas qui est cette madame D...; elle ne s'est pas promenée le matin dans les cours; elle ne connaît pas Marie H..., intimement du moins; elle se rappelle l'avoir vue quelquefois, le soir; c'est, croit-elle, la personne qui occupe le lit voisin du sien. »

Autre exemple;

Le lendemain du jour où elle avait assisté (en état B) à une matinée du théâtre de la Porte-Saint-Martin, à la représentation de *Cléopâtre*, elle nous raconte ses impressions (V. plus haut). Nous provoquons alors le retour de l'état A et elle ignore absolument qu'il existe une pièce de théâtre ainsi intitulée, elle n'est d'ailleurs pas allée au théâtre la veille. Mais tandis que dans l'état B, bien que connaissant la pièce, elle ignorait à peu près ce qu'étaient Cléopâtre et Marc-Antoine, dans l'état A, n'ayant aucune notion du drame, elle sait parfaitement bien que celui-ci était un général romain et celle-là une reine d'Egypte. Au bout de quelques minutes, l'état B étant revenu spontanément, elle a perdu de nouveau toute notion historique concernant ces deux personnages, mais elle sait qu'elle est allée la veille au théâtre voir la pièce...

Ces exemples sont assez caractéristiques.

Si nous poursuivons maintenant la comparaison entre les phénomènes caractérisant chacun des deux états, nous constatons que dans l'état A la malade a absolument perdu toutes les manifestations hypnotiques qu'elle présentait dans la vigilambulisme. Plus d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, à peine un léger degré de diathèse de contracture. Plus d'état cataleptique : on peut frapper de grands coups sur la table, produire subitement un grand bruit, même avec un fort gong, la malade manifeste de l'agacement, mais elle reste dans son état normal et il est impossible de produire ainsi la catalepsie.

De même on ne constate plus aucun des phénomènes du somnambulisme hypnotique qui étaient développés à un si haut degré dans l'état vigilambulique. Plus de contracture des muscles par excitation légère de la peau (souffle); absence totale de suggestibilité. On a beau insister, ordonner, c'est en vain; elle résiste, elle se révolte contre cette absurde prétention de lui faire voir des choses qui n'existent pas. « La prend-on donc pour une folle? » J'ai parlé plus haut de la suggestion transportée par ordre de l'état B dans l'état A. C'est là, si l'on peut ainsi parler, une sorte de suggestion post-hypnotique et nullement une suggestion dans l'état A.

Tels sont les phénomènes qui caractérisent l'état A, état de veille, état normal. Il nous reste maintenant à étudier comment se fait le passage d'un état dans l'autre.

3° Passage d'un état dans l'autre.

D'une façon générale, d'après ce qui ressort de la longue observation de chaque jour, à laquelle nous avons soumis notre malade, on peut dire, et on verra plus loin l'importance de ce phénomène, que le passage d'un état dans l'autre se fait toujours par l'intermédiaire d'une attaque convulsive hystérique d'intensité variable, tantôt d'une violence modérée, tantôt, au contraire, simplement ébauchée.

Mais nous avons ici plusieurs circonstances à considérer: tout d'abord comment dès le début l'état B a remplacé l'état normal et ensuite comment, depuis l'établissement définitif de cet état second pendant la journée, le passage se fait de l'un dans l'autre tant spontanément (le soir et le matin) qu'artificiellement.

En ce qui concerne le premier point, on est en droit de penser, raisonnant d'après ce qu'on a vu dans la suite et par analogie avec les cas déjà connus, en particulier avec celui de Félida, que ce passage n'a pas été brusque et que l'état B ne s'est pas installé définitivement en une fois. Les attaques, fréquentes à cette époque, ramenaient tantôt l'état B, tantôt l'état A, suivant qu'elles avaient lieu dans l'un ou dans l'autre. Peu à peu, ces attaques diminuant de fréquence, l'état second a empiété de plus en plus pendant le jour sur l'état normal et a fini par se régler ainsi qu'on l'a vu.

Il y a donc eu au début des oscillations irrégulières entre

(1) On peut se reporter, en ce qui concerne la description des phénomènes de l'état A chez cette malade, à la description ci-dessus de l'état B. J'ai suivi à dessein exactement le même plan dans les deux afin que la comparaison puisse être faite plus facilement.

les deux états, marquées par des attaques convulsives successives. Cette façon de comprendre les choses est d'ailleurs encore confirmée par les renseignements émanant des parents qui avaient au début noté l'enchevêtrement des deux états. Grâce à la présence de l'astasie-abasie dans l'état A, ils avaient très bien remarqué que dans le courant d'une journée, coupée par des attaques de nerfs fréquentes, leur nièce était après elles tantôt « paralysée », tantôt parfaitement capable de marcher.

Pour ce qui est du passage quotidien de l'état B à l'état A, le soir, et de l'état A à l'état B, le matin au réveil, j'ai assisté plusieurs fois au coucher de Marguerite dans l'espoir de constater les phénomènes qui marquaient ce passage. Pour une raison ou pour une autre, soit que les manifestations convulsives aient été assez peu accentuées pour m'échapper, soit que mon attention ait été en défaut au moment précis de ce passage, je n'ai jamais pu arriver à noter quoi que ce soit. On comprend que c'était encore bien plus difficile à constater pour un observateur non prévenu et peu habitué aux phénomènes de ce genre.

J'attirai cependant là-dessus l'attention de Marguerite F..., l'amie de notre malade, et cette jeune fille m'affirma que le matin au réveil Marguerite étirait ses bras et se renversait en arrière, ainsi qu'elle avait fait maintes fois devant nous lors des passages accidentels diurnes, spontanés ou provoqués, d'un état dans l'autre.

Il est donc vraisemblable qu'il en était de même le soir et que les passages quotidiens matinaux et vespéraux se faisaient à la faveur d'une petite attaque convulsive hystérique avortée, tout comme les transitions accidentelles.

Lorsque le passage accidentel pendant le jour se fait spontanément, le fait est tout à fait caractéristique. A la suite d'une contrariété, d'une émotion par exemple, étant en état B, Marguerite est prise d'une attaque hystérique parfaitement typique avec cris, grands mouvements, arcs de cercle, etc .. Quand les convulsions cessent, elle est en état A, paraplégique, et ne connaissant plus ses compagnes.

Au bout de quelque temps une nouvelle attaque survient, beaucoup moins violente, les poings se ferment, les bras se tordent, la malade se renverse en arrière, ébauchant un arc de cercle. Puis elle rentre dans l'état B, d'où elle ne sortira plus que le soir spontanément, suivant la règle établie. J'ai cité plus haut un exemple de ce genre. Donc, dans ces cas, pas d'hésitation possible sur le mode de transition.

Il en est de même lorsque l'on provoque artificiellement le passage d'un état dans l'autre. La malade étant habituellement pendant le jour dans l'état second, c'est le plus souvent le retour à l'état normal que l'on provoque. Il suffit pour cela de lui donner vivement, avec insistance, plusieurs fois de suite, l'ordre de « se réveiller. » Elle résiste un peu : « Mais je ne dors pas... Qu'est-ce que vous me voulez?... » Puis, tout à coup, ses yeux se convulsent dans l'orbite, elle se renverse en arrière, ébauchant un arc de cercle, ses poings se ferment, ses bras se tordent, elle est agitée d'un petit frissonnement, émet d[illegible]ux ou trois expirations convulsives. Tout cela dure quelques secondes et quand c'est fini la malade est dans l'état A, astasique-abasique, non suggestible, en possession de toutes ses connaissances et du souvenir de sa vie antérieure.

Il est rare que l'on ait besoin de provoquer le retour dans l'état B. L'état A provoqué est généralement très court et ne dure guère plus de cinq à dix minutes. Nous n'avons jamais pu, par des suggestions réitérées dans le vigilambulisme, le prolonger au delà de ce délai. Le passage à l'état B se fait de lui-même, à la faveur d'une petite attaque identique. Pour le provoquer, il suffit d'employer cette manœuvre d'hypnotisation connue sous le nom de fixation du regard. Il existe peut-être dans l'œil une zone hystérogène, analogue à celle qui existe fréquemment chez les somnambules hystériques (1), car aussitôt les mêmes phénomènes convulsifs se produisent et l'état B est rétabli.

Au mois d'avril 1891, la malade quitta le service toujours dans le même état, étant ainsi restée soumise à notre observation pendant une période de dix-huit mois, pendant lesquels les phénomènes avaient persisté, toujours identiques à eux-mêmes.

Sept mois plus tard, le 14 octobre 1891, elle écrivait à son amie Marguerite F..., qui était encore dans le service, une lettre bien intéressante que celle-ci nous communiqua. Cette lettre nous montre qu'elle est toujours dans l'état B, du moins pendant le jour et que l'état A se montre de plus en plus rarement. Elle fait tous les jours, en état second, des acquisitions de plus en plus considérables, qui la mettent peu à peu dans la situation d'une personne ordinaire. A-t-elle conservé sa suggestibilité? c'est ce que nous ne pouvons savoir. En tous cas, il y a peut être lieu d'espérer que la guérison se fera ainsi : elle s'instruira d'elle-même peu à peu dans l'état B, qui finira par prendre complètement la place de l'état normal.

Quoi qu'il en soit, voici les passages les plus intéressants de cette lettre, où elle montre, en outre, par des souvenirs adressés à diverses personnes, qu'elle a gardé une parfaite mémoire de son passage à l'hospice et des gens qu'elle y a rencontrés.

«... Je sais à peu près compter; je fais des factures assez longues. Quelquefois il y a des erreurs, mais j'en fais aussi sans. Je ne suis donc plus tout à fait si bête. J'ai su, en manière de rien et sans le montrer à qui que ce soit, apprendre à connaître bien des choses qui me semblaient étranges. C'est que je me cachais, ici, lorsque j'ignorais quelque chose. Ne comprenant rien à ma maladie, les gens ne voulaient pas croire, lorsque je disais que je ne savais pas. C'est de là que j'ai pris le parti de faire celle qui était au courant de tout. C'est que je ne suis pas bête, va ! *Je me suis réveillée* une fois pendant deux heures. Ça, ça m'est égal, j'aime autant rester somnambule. D'abord, si je revenais dans l'autre état, tu ne serais plus ma sœur, et puis bien d'autres choses encore qui changeraient. Ainsi, la dernière fois, à ce qu'il paraît que je ne savais pas que Louis (un de ses parents mort pendant qu'elle était en état B) était mort et que je ne connaissais pas le petit Louis (le fils de ce dernier, né dans les mêmes conditions). Tu avoueras que ça semble drôle à ceux qui m'entourent. Sais-tu ce qu'ils disent? Que c'est la mémoire qui me fait défaut à certains moments. J ai beau lour dire que j'en ai autant qu'eux (1), ils ne veulent pas me croire. Enfin, je me trouve bien comme je suis... etc... »

On croirait entendre parler Félida en lisant cette lettre, mais Félida en état prime, puisque sa mémoire était entière dans l'état second. En tous cas c'est là un document bien intéressant.

La figure ci-contre (*Fig.* 3) peut servir à schématiser la vie de Marguerite D... De sa naissance à octobre 1889, la vie normale (A) existe seule comme chez tout le monde. Au mois d'octobre 1889, se place une phase de transition, composée, ainsi que je l'ai dit plus haut, de période d'états A et B enchevêtrées les unes dans les autres. Enfin, depuis octobre 1889 jusqu'aujourd'hui, la personnalité B, interrompue par des apparitions accidentelles (a, b, c, d) et régulières (nocturnes) d'état A est la seule habituellement apparente. La personnalité A est latente depuis cette époque, sauf les dites réapparitions tant accidentelles que réglées (nocturnes).

Je n'ai pas besoin d'insister plus longuement sur l'observation de cette malade. J'ai mentionné chemin faisant les points les plus importants et les considérations qu'ils comportent. J'arrive tout de suite à notre second cas de vigilambulisme. Son observation se trouve résumée dans une

(1) Georges Guinon. — *Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes. Du somnambulisme hystérique*, etc. (*Progr. méd.*, 1891).

(1) La malheureuse enfant aborde ici, sans s'en douter, la difficile question de la participation de la mémoire dans la constitution de la personnalité. Elle n'a pas, dans sa naïveté, mieux trouvé à la résoudre que tant d'autres dans leur haute science. Elle a raison certes, dans ce qu'elle dit ; mais ses parents ont raison aussi.

leçon de M. Charcot publiée antérieurement (1). Il est, comme on le verra, absolument identique au précédent.

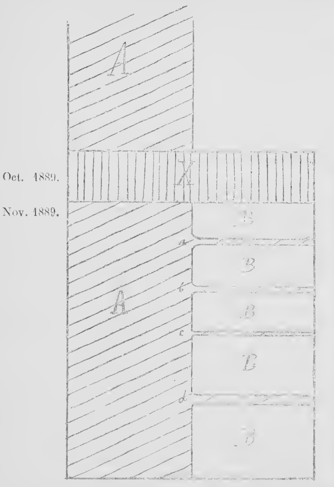


Fig. 3. — A. Etat normal, *latent* depuis nov. 1889, mais reparaissant de temps à autre, soit spontanément, soit artificiellement et interrompant l'état B par de courtes incursions (a. b, c, d) dans sa continuité.
B. Etat second, habitant depuis nov. 1889, interrompu de temps en temps par des retours accidentels de l'état prime (a, b, c.) et par les retours nocturnes périodiques de l'état prime qui n'ont pu être figurés sur ce schéma.
X. Phase de transition.

Pour plus de clarté, et pour éviter des redites, nous l'exposerons en suivant exactement la même méthode.

*
* *

Observation de Marie H...

Marie H... a aujourd'hui 38 ans. Elle est à la Salpêtrière depuis l'année 1880, où elle a fait tout d'abord un court séjour dans le service de Legrand du Saulle (mai à décembre), puis elle est entrée dans le service de M. le Pr Charcot.

Je laisse à dessein de côté l'histoire de sa vie antérieurement à cette époque, qu'elle nous révélera elle-même en temps voulu. De 1880 à 1884 elle n'attire point particulièrement l'attention sur elle. Mais en 1884 et 1885 elle est à diverses reprises en proie à des attaques d'hystérie à allure épileptiforme qui se reproduisent plusieurs fois sous forme d'états de mal pendant cette période.

Je passe rapidement sur ces états de mal successifs dont a souffert Marie H... à cette époque et qui ont été décrits plusieurs fois par M. Charcot dans ses leçons cliniques (2) et ont fait l'objet d'un travail de MM. Marie et Souza-Leite (3).

Il s'agissait là d'attaques hystériques subintrantes se reproduisant par séries ininterrompues de huit, quinze, vingt jours et même plus, à raison de trois cent cinquante attaques par jour environ. Dans une période de treize jours, on en a compté quatre mille cinq cent six. Ce sont des attaques presque exclusivement constituées par la phase épileptoïde de l'attaque ordinaire, qui tient toute la place à l'exclusion des autres phases, quelques attitudes passionnelles rares venant seules leur donner un cachet nettement hystérique. De plus, à l'inverse de ce qui arrive dans l'état de mal comitial vrai, il n'y a point d'élévation de la température, malgré le nombre considérable des attaques et leur caractère subintrant, c'est-à-dire sans retour à la connaissance.

Guérie de ces grands états de mal, Marie H... reste dans le service. A cette époque (1885), M. Charcot, après ses mémorables leçons sur l'hystérie mâle et le rôle du traumatisme dans l'étiologie de cette névrose, avait entrepris quelques recherches sur les monoplégies hystéro-traumatiques. On fit, à ce propos, quelques tentatives d'expérimentation chez Marie H.., et on s'aperçut qu'elle était dans un état anormal que M. Charcot caractérisait en ces termes dans les leçons délivrées sur ce sujet (1):

Il est des gens qui, « passez-moi le mot, *dorment*, alors même qu'ils semblent parfaitement éveillés ; ils procèdent, en tous cas, dans la vie commune ainsi que dans un songe, plaçant sur le même plan la réalité objective et le rêve qu'on leur impose, ou tout au moins entre les deux ils ne font guère de différence. J'ai fait placer sous vos yeux, à titre d'exemple, un sujet de ce genre : il s'agit d'une hystéro-épileptique bien connue de vous par nos études antérieures, la nommée H... Elle est atteinte depuis de longues années d'anesthésie généralisée, complète, permanente, et, chez elle, les attaques répondent de tout point au type classique. Vous voyez qu'ici, bien qu'on n'ait employé aucune manœuvre d'hypnotisation, par conséquent à l'état de veille, nous pouvons obtenir à la fois et la contracture par la pression exercée sur les masses musculaires, les tendons ou les troncs nerveux (contracture des léthargiques) et l'immobilité cataleptique des membres placés dans les attitudes les plus diverses, et aussi, à l'aide de légers frôlements ou de mouvements à distance, la contracture somnambulique. Tous ces phénomènes somatiques se trouvent donc chez ce sujet en quelque sorte mélangés, coexistant au même moment, sans distinction de périodes, contrairement à ce qui a lieu dans le grand hypnotisme. Mais, au point de vue psychique, ce sont évidemment les caractères de l'état somnambulique qui dominent. Eh bien, si, opérant par suggestion verbale, nous affirmons à cette malade, non endormie, je le répète, que son bras droit est paralysé, qu'elle ne peut plus le mouvoir volontairement, nous voyons immédiatement se produire la monoplégie flasque... Après quoi la simple affirmation qu'elle peut mouvoir son bras, tout à l'heure paralysé, suffit pour que les mouvements volontaires se rétablissent. »

A partir de ce moment on s'habitua donc à considérer Marie H... comme une sorte de somnambule éveillée. Or, un jour, le 7 mars 1890, au cours de mes recherches sur le somnambulisme hystérique, je me trouvais avec Marie H... dans le cabinet du médecin, lorsqu'elle est prise d'une attaque présentant le type classique à trois périodes. Quand elle reprend ses sens, elle se trouve « drôle », arrache vivement un tablier rouge qu'elle portait tous les jours et qu'elle dit ne point lui appartenir. Sur ma demande, elle dit ne point connaître telle et telle de ses compagnes récemment arrivées à l'hospice, et en particulier une petite fille atteinte de chorée paralytique, que l'on avait confiée à ses soins. Intrigué par ce changement subit, je l'examine rapidement et je m'aperçois qu'elle n'est plus anesthésique totale mais seulement hémianesthésique du côté gauche, que son double rétrécissement du champ visuel, qui était à cette époque de 5° à droite et de 10° à gauche, n'est plus que de 20° à gauche et de 35° à

(1) Charcot. — *Du somnambulisme hystérique*, leçon publiée par M. Blocq (*Mercredi médical*, 17 décembre 1890).

(2) Charcot. — *Etat de mal hystérique épileptiforme*. Leçon recueillie par B. Edwards (*Trib. méd.*, 1885) et *Lezione cliniche...*, redatte dal Dr Miliotti, lez. XX, p. 159: *Dello stato di malo istero-epilettico*.

(3) P. Marie et Souza-Leite. — *Progr. méd.*, 16 décembre 1894.

(1) Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 35[illegible].

droite. Mais je ne puis pousser plus loin mes investigations : surviennent un cri, quelques convulsions et la malade redevient telle que nous la connaissions antérieurement.

Ce fut pour nous un trait de lumière. Cette femme, que nous appelions une somnambule éveillée, terme qui se rapprochait beaucoup de celui de vigilambule, créé pour la Félida de M. Azam, était en réalité un exemple de dédoublement de la personnalité. Seulement, tandis que nous avions depuis longtemps, depuis six ans, remarqué chez elle les phénomènes somatiques qui caractérisaient son état et nous l'avaient fait ainsi dénommer, les troubles de la mémoire, si importants cependant dans l'espèce, nous avaient complètement échappé.

Après cela, est-il besoin de faire remarquer à nouveau combien ces vigilambules peuvent être, *en apparence*, semblables aux individus normaux, quand des observateurs aussi compétents en la matière que M. Charcot, par exemple, ont pu passer des années à côté d'elles sans remarquer le dédoublement de la personnalité ?

Aussitôt, éclairé par le cas de Marguerite D..., que nous connaissions depuis quelques mois, M. Charcot examina avec soin l'état mental de Marie H... et acquit bientôt la conviction qu'il s'agissait chez elle tout simplement d'un cas identique de vigilambulisme hystérique, marqué par le dédoublement en deux personnalités distinctes l'une de l'autre : 1° la personnalité B (état B, état second, état de vigilambulisme), postérieure à 1884-1885 et interrompue de temps en temps par des retours brefs de la personnalité A; 2° la personnalité A (état prime, état de veille, état normal), antérieure à 1884-1885.

Suivant le plan adopté pour notre première malade, commençons par étudier l'état B. (*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hernie inguinale droite ; Taxis impossible ; — Réduction par anesthésie chloroformique;

par les Drs VALIÈRE et MABARET DU BASTY, de Saint-Léonard (Haute-Vienne).

T..., 20 ans, sans profession, réclame les soins du Dr Valière, le 26 octobre, à 2 h. après midi. Depuis dix jours, le malade avait, au-dessus du pli de l'aine droite, une grosseur qui disparaissait dès qu'il se couchait et qui n'occasionnait aucune douleur, ni même aucune gêne.

Le 26 octobre, T... se lève, comme d'ordinaire, à 7 heures, remarque toujours la grosseur qui paraît dès qu'il est debout, monte à cheval pendant un quart d'heure environ, puis déjeune. Vers neuf heures, il éprouve au bas-ventre de vives douleurs, les attribue à la tumeur, et essaie, mais en vain, de la faire rentrer. Il se couche, mais les douleurs continuent et, vers dix heures, surviennent des vomissements alimentaires.

L'examen fait reconnaître que le malade est atteint d'une *hernie inguinale droite*, descendant maintenant dans le scrotum. Les vomissements alimentaires ont persisté. Pas de selles, pas de douleurs abdominales. T... rend des gaz et se plaint de souffrir seulement au niveau de la tumeur qui est dure, bosselée, du volume d'une grosse noix et donne, à la percussion, un son mat.

Immédiatement, tentatives de taxis, rendues vite impossibles, non pas tant à cause de la douleur que par suite de l'indocilité du malade qui ne cesse de s'agiter sur son lit et de repousser, avec les mains, celles de l'opérateur. Prescription : Bain tiède pendant une heure, puis cataplasmes fortement laudanisés. Café noir additionné d'eau, tilleul et lait froids. Après le bain, mieux sensible, sommeil d'une heure. Le soir, un seul vomissement un peu bilieux. Nuit très bonne.

A la visite du lendemain matin, le malade est complètement reposé, ne souffrant et ne vomissant plus, rendant toujours des gaz, mais pas de garde-robes. Pouls plein et fort langue naturelle, appétit et état général très bons. On renouvelle les tentatives de taxis, mais elles sont aussi infructueuses que la veille, toujours à cause de l'indocilité du malade et non à cause de la douleur, car la tumeur était absolument insensible. Prescription : Un nouveau bain d'une heure, café noir froid, lavement avec du chlorure de sodium qui produit une selle abondante. Malgré la défense, le malade prend le soir un œuf à la coque avec du pain et se fait donner un nouveau lavement qui reste sans effet.

Le dimanche 28, T... est vu à huit heures. La nuit a été agitée et le matin, à cinq heures, il a rendu des vomissements de matières fécales mélangées de bile, de glaires et d'une odeur caractéristique.

Jugeant alors le cas plus grave qu'il n'avait paru tout d'abord, le Dr Valière prie la famille de lui adjoindre un confrère. Le Dr Mabaret du Basty arrive à neuf heures. Mis au courant de la maladie et des tentatives infructueuses et réitérées de taxis, nous décidons, spontanément et d'un commun accord, d'en tenter de nouvelles sous le chloroforme.

Le malade est endormi, séance tenante. La chloroformisation étant incomplète, nous renouvelons plusieurs fois nos tentatives. T... résistant toujours, nous poussons jusqu'à l'anesthésie absolue. Prenant alors la tumeur qui descendait dans le scrotum, le Dr Valière la repousse, non sans difficulté, à cause du testicule, mais elle vient se loger au-dessus du pli de l'aine, près de l'anneau inguinal, et fait là une saillie grosse comme une noix. Pendant que le testicule et la tumeur sont maintenus en cette place, le Dr Mabaret du Basty intervient et obtient la réduction. Après l'anesthésie complète, la durée du taxis n'a pas été de plus de trois minutes.

Le malade, réveillé aussitôt, est mis sur pied pour qu'on puisse lui appliquer plus facilement un bandage, puis il se recouche. Prescription : Repos au lit, légère alimentation liquide. Malgré les vomissements antérieurs, malgré la chloroformisation, le malade a pu garder le café et le lait pris dans la journée. Lundi matin, purgatif suivi d'effet. Mardi, le malade se lève et, trois jours après, il se promène.

Aucune complication, excellent état, aujourd'hui 8 novembre.

En relatant cette observation, nous ne voulons pas discuter si nous avons eu à traiter une épiplocèle simple ou compliquée du pincement d'une anse intestinale ; nous avons voulu montrer que la réduction n'a été possible que sous l'anesthésie complète, et l'absence de toute complication indique que, contrairement à l'avis de quelques auteurs, il n'y a pas à hésiter pour employer ce procédé.

AMBULANCES URBAINES DE BORDEAUX. — *Ouverture d'un nouveau poste de secours à l'Ecole de santé navale.* — La Société des ambulances urbaines de Bordeaux vient de créer, dans le quartier de la gare du Midi, un poste de secours en cas d'accidents, semblable à ceux qui fonctionnent, depuis l'an dernier, à Bacalon et aux Chartrons, où ils ont déjà rendu tant de services à la population de ces quartiers. Le nouveau poste est installé à l'Ecole supérieure de Santé navale, cours Saint-Jean, en face de l'Abattoir, dans un local que le ministre de la Marine a bien voulu mettre gracieusement à la disposition de la Société, sur la demande de M. le médecin-directeur Brassac. Ce local, auquel on accède par la porte d'entrée provisoire du cours Barbey, contient tous les médicaments et objets de pansement nécessaires pour donner les premiers soins aux blessés de la rue et des ateliers, ainsi qu'aux personnes atteintes d'indispositions subites. Le poste de secours est ouvert tous les jours (y compris les dimanches et fêtes) de six heures du matin à dix heures du soir. Le service médical est assuré par les médecins de la marine attachés à l'Ecole et par les élèves-médecins assistés de deux infirmiers marins. L'ambulance de l'Ecole de santé navale est pourvue de brancards à bras et d'une petite voiture à roues caoutchoutées pour le transport des blessés à domicile ou à l'hopital, après un premier pansement. Placé à proximité de la gare du Midi, de l'Abattoir, du marché aux bestiaux, des quais Sainte-Croix et Paludate, tous lieux ou les accidents sont fréquents, ce nouveau poste de secours est appelé à rendre de grands services (*Journal de médecine de Bordeaux*).

ÉPIDÉMIOLOGIE

Le Choléra nostras à l'hôpital de Saint-Denis ;

par L.-E. DUPUY.

Depuis le 11 mai 1892 jusqu'au 4 juillet 1892, 16 cas de choléra nostras ou d'*affections cholériformes* ont été admis au Pavillon d'isolement de l'hôpital de Saint-Denis. Nous résumons ci-dessous les symptômes les plus importants observés chez ces malades, indiquant succinctement les renseignements étiologiques qu'il nous a été donné de recueillir.

Nous avons trouvé logique d'appliquer nettement le terme *choléra* aux cas dans lesquels la symptomatologie classique de cette maladie s'est offerte au grand complet, y compris les caractères bactériologiques. Sous la dénomination de *diarrhée cholériforme*, nous désignons les formes atténuées ou celles dans lesquelles certains symptômes importants faisaient défaut, alors même que la marche foudroyante et l'issue fatale semblaient démontrer l'inutilité de cette distinction.

Observation I. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.*

T..., 33 ans, 29, rue du Saulger, à Saint-Denis, entre le 11 mai 1892 au Pavillon d'isolement, envoyé par M. le Dr Iszenard avec le diagnostic diarrhée cholériforme. Avoue des excès de boisson; a bu de l'eau suspecte à l'usine *Mouton* où il travaille (plaine Saint-Denis). Voici les symptômes observés : diarrhée, selles colorées, vomissements, crampes, anurie. Ils s'amendèrent rapidement et T... sortit guéri le 16 mai 1892.

Obs. II. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.*

E..., 28 ans, 136, boulevard Ornano, à Saint-Denis, entre au Pavillon le 16 mai 1892. Alcoolique, boit de l'eau de Seine ou d'Oise (le quartier qu'il habite et où il travaille n'en reçoit pas d'autre). Vomit 5 à 6 fois par heure, a des crampes des membres inférieurs avec refroidissement. Les selles sont nombreuses et abondantes (il en aurait eu 40 en 24 heures). Anurie absolue depuis son entrée jusqu'au lendemain à midi. Sort guéri le 23 mai 1892.

Obs. III. — *Choléra. Décès.*

F..., 53 ans, 114, rue de Paris, à Saint-Denis, est admis au Pavillon le 17 mai 1892. Alcoolique ; avoue une ration moyenne de deux litres et demi de vin par jour; a été ivre-mort le 14 mai ; travaillait route de la Révolte dans un quartier qui ne reçoit que l'eau de Seine ou d'Oise. Vomissements, selles riziformes. Crampes. Refroidissement et cyanose des extrémités. Anurie complète. Décès le 18 mai.

Autopsie: Intestin poisseux, teinte hortensia.

Obs. IV. — *Choléra. Décès.*

P..., jeune fille de 19 ans, quai de Seine, 3, à Saint-Denis, est reçue au Pavillon le 30 mai 1892. Habite au bord du petit bras de la Seine qui est particulièrement infecté ; fait usage de l'eau d'un puits situé à proximité du fleuve (fait digne de remarque, il y a 4 ans, une voisine faisant sa provision d'eau au même puits a présenté des accidents cholériformes graves). Début par amygdalite; le surlendemain, c'est-à-dire le 30 mai : vomissements, crampes, refroidissement et cyanose des extrémités, selles riziformes, anurie complète.

La température centrale est à 39°. Décès le 2 juin. Au moment de la mort, la température rectale était de 36°,4 ; après la mort elle remonte à 37°,8.

L'*autopsie* pratiquée par MM. Netter et Thoinot révèle la teinte hortensia de l'intestin grêle, la psorentérie, et une pleurésie purulente à gauche. A l'examen bactériologique, on trouve le bacille de Koch dans les déjections et dans l'épanchement pleurétique.

Obs. V. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.*

M..., femme H..., 42 ans, 5, impasse des Moulins-Gémeaux, à Saint-Denis, est admise le 30 mai 1892 au Pavillon. Femme chétive, se nourrissant mal, ayant une mauvaise santé habituelle ; soignée antérieurement à l'hôpital de Saint-Denis pour bronchite et anémie. Habite dans un impasse insalubre, où l'écoulement des eaux ménagères ne se fait que dans des mares et cloaques infects, au rez-de-chaussée d'une des plus pauvres maisons de Saint-Denis, dans un logement formé de deux pièces où règnent une malpropreté, un encombrement et une promiscuité bien souvent observés dans les familles d'origine bretonne.

Boit de l'eau artésienne. Vomissements. Crampes des membres avec refroidissement et légère cyanose. Selles verdâtres, bilieuses, mais répétées et abondantes. Vomissements également verdâtres. Sort guérie le 18 juin 1892.

Pendant son séjour à l'hôpital, son enfant nouveau-né meurt de diarrhée ; sa nièce habitant le même logement est admise à l'hôpital de Saint-Denis et y meurt d'accidents cholériformes (Voir Obs. X). — Son mari, quelque temps après, fut également atteint de diarrhée grave. (Communication orale de M. le Dr Le Roy des Barres.)

Obs. VI. — *Choléra. Décès.*

S..., 25 ans, 2, rue Pierre-Béguin, à Saint-Denis, entre au Pavillon, le 8 juin, à midi et demi. Employé aux Ateliers de la Loire, qui bordent la Seine, et y boit l'eau d'un puits situé près du fleuve ; chez lui, consomme de l'eau artésienne, se nourrit misérablement. Le 5 juin, s'est livré à des excès de boissons alcooliques. Vomissements ; selles riziformes; crampes douloureuses dans les épaules, les bras, les membres inférieurs. Cyanose et refroidissement. Anurie. TR. 38°,5. Décès le 8 juin, à 8 heures du soir.

Nécropsie : Tissus poisseux, sang noir, couleur hortensia de l'intestin grêle, psorentérie.

Obs. VII. — *Choléra. Décès.*

P..., veuve M..., 45 ans, 12, rue Compoise, à Saint-Denis, est admise, le 13 juin 1892, au Pavillon, à 10 heures du matin. Boit de l'eau artésienne. Mal nourrie, misérable, serait alcoolique, paraît-il; exerce la profession de balayeuse et *se nourrit presque exclusivement de salades* qui probablement sont lavées avec des eaux de mauvaise qualité. Vomissements. Selles riziformes. Crampes et cyanose des membres. TR. 40°. Algidité et refroidissement périphérique. Mort le 13 juin, à 6 heures du soir. Tissus poisseux, couleur hortensia de l'intestin, psorentérie.

Obs. IX. — *Choléra. Décès.*

L... P..., 40 ans, 21, avenue de Paris (Plaine Saint-Denis), entre au Pavillon, le 16 juin, à 5 heures du soir. S'alimente avec de l'eau de puits, n'est pas alcoolique ; mais se nourrit mal, sa situation est précaire. Travaille à l'usine Mouton ; l'eau qu'on y boit est suspecte (?) (Voir Obs I.) ; a pu s'y trouver en contact avec T... Crampes et cyanose des extrémités supérieures et inférieures ; douleurs vives à l'épigastre. Selles blanchâtres, riziformes, trouvées dans ses effets. Pendant son séjour dans le service, n'a eu ni diarrhée, ni vomissement. TR. 36°,9. Mort, le 17 juin 1892, à 6 h. 3/4 du matin. TR, 5 minutes après la mort 35°,3.

Nécropsie : Tissus poisseux, sang sépia, couleur hortensia de l'intestin grêle, duodénum rempli de matières blanchâtres, floconneuses ; dans le jejunum-ileum, matière sanguinolente. La muqueuse stomacale présente un léger piqueté hémorrhagique. Psorentérie.

Obs. X. — *Diarrhée cholériforme. Décès.*

L... B..., fillette de 4 ans, impasse des Moulins-Gémeaux, 5 (à Saint-Denis), entre au Pavillon le 16 juin 1892.

Elle est nièce de la femme M... et habite avec elle (Voir Obs. V.) Vomissements; selles très liquides, verdâtres, devenues blanchâtres, puis franchement jaunâtres et, finalement, vertes. Extrémités cyanosées, froides. Décès à 8 h. 30.

Nécropsie : Pas de lésions caractéristiques. L'examen bactériologique ne révèle pas de bacilles de Koch.

Obs. XI. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.*

D.., 6 ans, garçon, 100, route de la Révolte, à Saint-Denis, entre le 17 juin 1892 au Pavillon. Exerce la profession de chiffonnier. Le quartier qu'il habite ne reçoit que de l'eau de Seine. Son père a la diarrhée depuis 8 jours. Vomissements,

urine peu. Diarrhée abondante, bilieuse. Ni crampes, ni refroidissements. Sort guéri le 28 juin 1892.

Obs. XII. — *Choléra. Guérison.*

Q..., 35 ans, boulevard Ornano, 150, à Saint-Denis, entre le 20 juin 1892 au Pavillon. Boit 2 litres 1/2 de vin par jour; son quartier n'est alimenté que par l'eau de Seine ; il boit aussi de l'eau à la sablière de Gennevilliers où il travaille. Vomissements verdâtres. Quelques crampes et cyanose légère des extrémités. Selles jaunâtres, abondantes. Pas d'anurie. L'examen bactériologique révèle les bacilles de Koch. Sort guéri le 28 juin 1892.

Obs. XIII. — *Choléra. Décès.*

B..., 40 ans, 3, rue Suget, à Saint-Denis, entre le 27 juin 1892 au Pavillon. Travaille dans une usine au bord de la Seine ; s'est livré, quelques jours avant son entrée, à des excès alcooliques. Vomissements noirâtres. Crampes, cyanose et refroidissement des extrémités, selles riziformes. Mort à 2 h. 1/2 du soir le 1er juillet 1892. Avant la mort TR. 37°1. Après la mort, TR. 38°4.

Nécropsie. Intestin congestionné, sang noir, tissus poisseux. Une espèce de gelée, épaisse, vert foncé remplit l'intestin. L'examen bactériologique a décélé le bacille virgule.

Obs. XIV. — *Diarrhée cholériforme. Décès.*

F..., femme de 48 ans, domiciliée avenue de Paris, 100, plaine Saint-Denis, entre le 3 juillet 1892, à 10 heures du matin, au Pavillon. Femme chétive, mal portante, misérable. La maison qu'elle habite est infecte. Son quartier est alimenté à la fois par l'eau de Seine et l'eau artésienne. Travaille dans une verrerie. Vomissements, cyanose légère et refroidissement des extrémités ; TR. 36°5. Une seule selle, peu abondante, noire-verdâtre. Décès le 4 juillet 1892, à 2 heures du matin. Après la mort, TR. 38°1. Nécropsie et examen bactériologique à pratiquer.

Obs. XV. — *Choléra* (en cours de traitement).

Z..., 30 ans, 228, avenue de Paris, à Saint-Denis, entre le 30 juin 1892 au Pavillon. Boit de l'eau de Seine à sa soif (suivant sa propre expression) ; habite un quartier qui est alimenté à la fois par la Seine et l'eau artésienne. Nie les habitudes alcooliques. Vomissements noirâtres. Selles riziformes. TR. 37°1. Crampes très fréquentes et très douloureuses ; léger refroidissement des extrémités. Anurie presque complète. Le bacille de Koch a été trouvé dans les selles. Le 4 juillet 1892, en voie d'amélioration.

Obs. XVI. — *Choléra* (en voie de traitement).

Vve A..., 53, route de la Courneuve, 2, à Saint-Denis, entre le 30 juin 1892 au Pavillon. Femme misérable, mal nourrie, fait bouillir son eau, qu'elle prend sous forme de tisanes et qui probablement est artésienne. Vomissements. Selles riziformes. Crampes et refroidissement des extrémités. Anurie passagère. Le bacille de Koch est trouvé dans les selles. Le 4 juillet 1892, état assez satisfaisant.

De ces faits deux déductions peuvent être tirées :

1° *Il s'agit bien du choléra* : symptômes, marche, issue de la maladie, examens bactériologiques et trop souvent nécroscopique le prouvent suffisamment.

Outre nos observations cliniques nous avons, en faveur de cette opinion, la haute expérience de MM. Netter et Thoinot qui sont venus à Saint-Denis autopsier plusieurs de nos cholériques et ont trouvé dans leurs déjections le bacille de Koch. Les recherches bactériologiques de M. Adrien Le Roy des Barres ont conduit au même résultat.

Aussi, dès le 19 mai, sans attendre que l'épidémie se fut accentuée, avons-nous demandé la désinfection immédiate de tous les locaux habités par les cholériques et fait passer à l'étuve les vêtements ou autres objets contaminés dans le service d'isolement.

2° *Le facteur étiologique le plus important est la consommation d'eau fluviale* (Seine ou Oise). A Saint-Denis, la majeure partie de la ville reçoit une eau artésienne salubre ; quelques quartiers seulement en sont encore dépourvus (Quai de Seine, boulevard Ornano, route de la Révolte, une partie de l'avenue de Paris). C'est précisément en ces points qu'ont habité ou travaillé la presque totalité de nos cholériques ; d'ailleurs les recrudescences se sont produites au moment où l'élévation de la température rendait l'infection du fleuve plus dangereuse et augmentait la consommation de son eau par les populations riveraines.

L'épidémie cholérique ou cholériforme se propage en formant de petits îlots, très disséminés, sans grande force d'expansion, exactement comme s'il s'agissait d'une intoxication par *ingesta.* Ce mode de propagation ne rapelle-t-il point celui que nous observons pour la fièvre typhoïde dont l'eau fluviale est certainement le plus important facteur étiologique ?

A la Commission d'hygiène de l'Arrondissement de Saint-Denis, notre collègue et ami le Dr Le Roy des Barres (1), vient d'insister avec raison sur l'influence de la qualité de l'eau au point de vue de la marche de la fièvre typhoïde ; cette opinion nous semble également vraie pour le choléra.

Puisque Comité, Conseil et Commission d'Hygiène sont unanimes à attribuer la présente épidémie de choléra à la mauvaise qualite des eaux distribuées dans une si grande partie de la zone suburbaine, il est vraiment temps que les pouvoirs publics fassent disparaître cet état de choses fâcheux en procurant à la banlieue parisienne de l'eau de source ou de l'eau artésienne.

(1) *Rapport sur les maladies épidémiques de l'arrondissement de Saint-Denis observées en* 1891, Paris 1892.

Le Choléra au Ministère de l'Intérieur. — Nous lisions dans l'*Echo de Paris*, jeudi dernier : « Notre confrère, M. Félix Laurent, réclamait spirituellement, hier, la révocation du directeur de l'Hygiène publique au Ministère de l'Intérieur, M. Monod. Ce fonctionnaire, qui devrait en effet prêcher d'exemple, a fait publier partout qu'il était atteint de diarrhée cholériforme, et il y a des gens que la nouvelle a effrayés et qui s'imaginent que l'Administration parisienne est contaminée. » Or, nous pouvons affirmer que M. Monod se porte très bien.

L'Association des Dames françaises a Satory. — Le 6 juin a eu lieu, à Satory, l'inauguration du grand concours de tir au fusil et au canon. L'Association des Dames françaises avait exposé sa tente-hopital, en simplifiant la fixation au sol, pour mettre encore plus en évidence la résistance de cette tente aux vents les plus violents qui ont soufflé en juin sur le plateau de Satory. La tente n'a nullement souffert dans aucune de ses parties, toile ou fer, et nous arrivons à cette conviction que, comparée aux autres systèmes de tentes imaginés depuis, elle conserve tous ses avantages, tant au point de vue de la solidité qu'au point de vue du renouvellement de l'air, de la commodité du service, et surtout du bien-être des malades et blessés. La tente-hopital a reçu, le jour de l'inauguration du tir, la visite de M. de Freycinet : le ministre de la guerre s'est enquis avec le plus vif intérêt des travaux et de la situation de l'association ; il a été plein de cordialité pour les dames présentes et a assuré Mme la Ctesse Foucher de Careil, présidente, de la ferme intention de soutenir de tout son pouvoir une œuvre inspirée de tant de patriotisme et qui savait susciter de pareils dévouements ; M. le général Saussier : Mme Coralie Cahen, chevalier de la Légion d'honneur, présidente de la commission de propagande ; docteur Duchaussoy ; Mlle Jamet ; docteur Dieu, médecin en chef de l'hopital de Versailles : de nombreux médecins-majors et officiers supérieurs, etc., etc. Le jour de la clôture du tir, le dimanche 19 juin, Mme la Ctesse Cornudet, accompagnée de M. Cornudet, député de la Creuse, ont visité également la tente-hopital. Mme la Ctesse Cornudet qui compte de si nombreuses et si vives sympathies parmi les dames de l'association, a reçu d'elles, des mains de Mme Coralie Cahen, un superbe bouquet, comme témoignage de la reconnaissance de tous et de toutes pour l'activite, l'intelligente propagande que Mme la Ctesse Cornudet déploie à Boulogne et dans la Creuse en faveur de cette œuvre essentiellement patriotique.

Medecins-Inspecteurs des Ecoles a Paris. — M. le Dr Gourrichon est nommé médecin-inspecteur des Ecoles du IVe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le Dr Merijot, décédé

*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Un nouvel antiseptique interne : le Paracrésotate de soude.

L'*acide paracrésotique* est un dérivé du paracrésol obtenu par la fixation de l'acide carbonique sur ce dernier corps, en présence du sodium. Le paracrésol ou paracrésylol dont est issu cet acide fait partie du groupe des crésols ou crésylols qui contient trois isomères : l'ortho, le méta et le paracrésol. Par suite de la réaction citée plus haut, tous ces corps peuvent fixer dans les mêmes conditions un élément de CO^2 et donner naissance à un acide crésotique (méta, ortho, para). Ces acides sont des homologues supérieurs de l'acide salicylique $C^7 H^6 O^3$, dans lesquels un atome d'hydrogène est remplacé par le groupe CH^3.

L'acide paracrésotique a été obtenu par Kallu et Lantemann, en faisant passer à travers du paracrésol chauffé doucement, un courant d'acide carbonique, puis en projetant dans le mélange des fragments de sodium. Il se forme avec du crésotate de soude, du crésylcarbonate que l'on décompose, par l'acide chlorhydrique, en crésol et acide crésotique. Celui-ci est ensuite purifié par plusieurs manipulations successives. L'acide paracrésotique se présente sous la forme d'aiguilles blanches, brillantes, solubles dans l'eau chaude, l'alcool, l'éther et le chloroforme. Le perchlorure de fer donne dans les solutions une coloration violette, comme dans celles d'acide salicylique.

On a employé surtout en thérapeutique le *paracrésotate de soude*. C'est une poudre cristalline très fine, de saveur amère, non nauséeuse, soluble dans 24 parties d'eau tiède, et ne se précipitant pas par refroidissement. Demme, de Berne, a entrepris l'étude de ce corps, au point de vue physiologique et thérapeutique. Avant lui, Kolbe, en 1875, avait montré l'action antiseptique de l'acide crésotinique. Korangi en 1877, Buss en 1878 et Gatti en 1879 publiaient des résultats très concluants sur les propriétés du crésotate de soude. L'acide paracrésotique est, des trois isomères, le plus actif et le moins dangereux. Néanmoins, Charteris aurait pu tuer des lapins en leur injectant 30 centigr. de cette substance. L'acide orthocrésotique est de tous le plus toxique ; il détermine la paralysie du muscle cardiaque.

Il ressort des expériences de Demme que le paracrésotate de soude produit chez les animaux à sang chaud les phénomènes suivants : ralentissement du pouls, diminution du nombre des mouvements respiratoires et abaissement de la pression sanguine. Chez le cobaye, la dose mortelle est de 60 centigr. par kilogr. d'animal, toxicité à peu près égale à celle de l'acide salicylique. Lœsch a montré que chez l'homme on peut donner, sans inconvénient, des doses de 6 à 8 gr. de ce sel. Demme a pu prendre 3 ou 4 gr. sans éprouver aucun phénomène nuisible ; en répétant, en l'espace d'une heure, deux fois la dose de 3 gr., il a observé une tension légère des artères temporales et plus tard des sueurs profuses. Pour cet auteur, la température n'est pas influencée par le paracrésotate de soude. Ce corps n'engendre aucun trouble gastrique ; il s'élimine dans les urines sous forme d'acide paracrésotique, qui se colore en violet par le perchlorure de fer.

Demme a prescrit le paracrésotate de soude chez les enfants, comme antipyrétique et surtout comme antiseptique interne. Dans 32 cas de rhumatisme articulaire aigu, le paracrésotate a donné des résultats semblables à ceux du salicylate de soude. Il diffère de ce dernier agent thérapeutique en ce qu'il abaisse la température d'une façon moins marquée, qu'il ne prévient pas aussi bien les récidives ; mais il n'engendre pas les phénomènes congestifs qu'entraîne souvent l'administration du salicylate de soude. Le paracrésotate abrège la durée et diminue les récidives de la broncho-pneumonie de l'enfant. Dans ce dernier cas, on le donne à la dose de 10 centigrammes, toutes les 2 heures, pour un enfant de 2 ans.

Son emploi est réellement très utile dans les infections intestinales : fièvre typhoïde et catarrhe gastro-intestinal des enfants en nourrice.

Les résultats se rapprochent de ceux donnés par la résorcine. Il diminue notablement la fréquence des selles, et a une action désinfectante. Demme donne le paracrésotate aux doses suivantes, suivant l'âge de l'enfant :

AGE	DOSE MAXIMA par dose.	DOSE MAXIMA par jour.
2 à 4 ans inclusivement . .	0,10 à 0,25	0,50 à 1,00
5 à 10 ans — . .	0,25 à 1,00	2,50 à 3,50
11 à 16 ans — . .	1,00 à 1,50	3,50 à 4,50

Il est toujours préférable d'essayer la plus faible des doses, puis d'élever ensuite jusqu'à la dose maxima ; en opérant de cette façon on n'observe pas de collapsus. Si le malade s'affaiblissait il faudrait lui donner de l'alcool.

Demme conseille la formule suivante pour prescrire le paracrésotate dans la diarrhée des petits enfants :

Paracrésotate de soude. . . .	0,10 à 0,20 centigr.
Teinture d'opium.	II à IV gouttes.
Cognac.	1 gramme.
Sirop de sucre gommé. . . .	5 grammes.
Eau distillée	25 grammes.

Une cuillerée à café de cette potion toutes les deux heures.

L'épidémie chlolériforme dans le département de la Seine.

L'autre jour nous annoncions que le *Journal Officiel* devait publier le très intéressant rapport fait par M. A. Proust sur l'épidémie cholériforme qui a débuté dans les premiers jours d'avril à la Maison de Nanterre et dans les communes voisines et a gagné par une extension très lente et peu grave, quant au nombre des décès, une vingtaine de communes du département de la Seine. Contrairement à l'avis unanime du Comité d'hygiène, M. le Ministre de l'Intérieur, quand on lui a présenté les épreuves du rapport de M. Proust, en a jugé la publicité inopportune. Quelles sont les raisons qui ont inspiré M. le Ministre, nous l'ignorons. En revanche, le *Temps* du 3 juillet a publié une interview de M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques en France, donnant une analyse détaillée du rapport de M. Proust.

Si les rapports dont le Comité vote l'impression et la publication au *Journal Officiel* sont transformés en *interview* (1), il nous semble que les journaux devraient de préférence s'adresser aux auteurs eux-mêmes. Ils seraient toujours sûrs ainsi d'être *très exactement* renseignés. Quant à nous, nous ne voyons pas en quoi la publicité du texte même est dangereuse, peut troubler la sécurité publique et émotionner M. le Ministre de l'Intérieur, alors qu'un interview qui expose les mêmes faits n'offre pas les

(1) Il semble que ce soit là un procédé qui peu à peu s'implante dans certains bureaux du Ministère de l'intérieur. Qui plus est, certains fonctionnaires ne craignent pas de s'*interwiewer* eux-mêmes : ce qui est plus commode encore. Il suffit d'avoir un grand journal à sa disposition.

mêmes inconvénients et laisse indifférent M. le Ministre. Ce sont là de mauvaises traditions, renouvelées de l'Empire. Les journaux politiques publient chaque jour des renseignements plus ou moins exacts. Si l'administration était conséquente avec elle-même, elle devrait les inviter à se taire.

Pour nous, nous n'en persistons pas moins à croire qu'il y a toujours avantage, en pareilles circonstances, à renseigner le public, à lui faire connaître toute la vérité. Il est certain qu'en apprenant qu'une épidémie, en trois mois, n'a fait dans le département de la Seine et à Paris que 159 victimes, la population ne serait pas effrayée. La fièvre typhoïde et la diphthérie ont fait plus de victimes durant la même période de temps et personne ne paraît s'en épouvanter.

La mesure prise par M. Loubet a eu une autre conséquence. A la séance du Comité d'hygiène du 4 juillet, nous avons entendu donner des détails sur quelques épidémies de la province et sur la marche du choléra en Asie; mais il n'a pas été plus question de l'épidémie de la Seine que si elle n'existait plus. Or, nous savons qu'il y a toujours quelques cas d'affections cholériformes, épars çà et là dans la banlieue et à Paris. Le travail qui précède et qui est dû à notre ami, M. L.-E. Dupuy, en fait foi. On nous assure qu'il y a eu à Villejuif un cas de choléra nostras terminé par la guérison, et à Villejuif, deux cas de diarrhée cholériforme. A Bicêtre, parmi les femmes à la journée occupées à la buanderie, l'une d'elles, âgée d'une trentaine d'années, a quitté son travail le 30 juin au soir et est morte le lendemain du choléra nostras. Nous avons eu également à soigner à Bicêtre un cas grave de diarrhée cholériforme. D'autre part, les journaux politiques signalent des cas isolés à Saint-Ouen, Clichy, Courbevoie, Nanterre, Suresnes. Colombes et à Argenteuil.

En présence de cette situation, il nous semble qu'il est du devoir du Comité d'hygiène et du Conseil de salubrité de suivre très régulièrement la marche de l'épidémie, de renseigner le public et de se faire rendre compte par l'administration des mesures prises pour en arrêter le développement. Il importe en particulier de savoir si la désinfection des locaux contaminés s'opère promptement et dans des conditions qui en assurent l'efficacité, si l'alimentation en eau est faite dans de meilleures conditions, etc.

Il convient aussi que la Préfecture de Police fasse veiller avec le plus grand soin à la salubrité de toutes les communes de son ressort, au prompt enlèvement des immondices, à la disparition des foyers d'infection qui existent en certains endroits, par exemple dans les fossés du Bois de Boulogne, au voisinage du lac de Saint-James et du boulevard Richard-Wallace, enfin en certains points de la zone militaire. B.

Voici le tableau de la mortalité pendant les trois derniers mois par la fièvre typhoïde, la diphtérie et la diarrhée chez des sujets « au-dessous de 5 ans » :

	Fièvre typhoïde.	Diphtérie	Diarrhée.
Avril	31	113	16
Mai	47	146	34
Juin	64	100	38
Totaux	142	359	88

La diphtérie a causé à elle seule, et à Paris seulement, plus du double de décès que l'épidémie cholériforme. En ce qui concerne la *diarrhée*, les [illegible] qu'elle occasionne vont en augmentant, ce qui n'a rien [illegible], par suite de la saison et de l'état atmosphérique.

La question de M. A. Després à propos de l'Assistance publique.

Il y a quelques semaines, M. Armand Després adressait, à M. Loubet, ministre de l'intérieur, une question relative au renvoi du budget de l'Assistance publique à l'administration. Dans la séance du 2 juillet, il a posé au même ministre une nouvelle question au sujet de « l'Économe de l'hôpital d'Issy qui est parti en emportant 7.000 francs du bien des pauvres » et « de l'Économe [illegible] qui s'est approprié au moyen de pièces de comptabilité d'une exactitude douteuse 5.600 fr. en [illegible] payé, il est vrai, ajoute M. Després, mais il n'a pas été arrêté, ni même poursuivi ! »

Ces actes criminels ne sont pas restés impunis. L'administration a révoqué les coupables; [illegible] a été déféré à la justice. On ne voit pas ce que M. Després veut de plus. Il paraît avoir la mémoire courte. M. le Ministre de l'intérieur aurait pu la lui raviver. [illegible] à M. Després ses démarches, ses supplications [illegible] de M. Quentin, alors directeur de l'Assistance publique, pour enlever à un châtiment mérité [illegible] qui lui touchait de très près, M. V..., qui avait [illegible] à son profit 84 livrets de caisse d'épargne s'élevant [illegible] 7.000 fr. et appartenant aux Enfants-Assistés du département de la Seine, dont il avait la surveillance. [illegible] venu de demander une sévérité inexorable [illegible] quand on a tout fait pour faire épargner un de [illegible].

M. Després, qui ne doute de [illegible] ces dilapidations se sont produites, cela [illegible] au renvoi des religieuses des hôpitaux. Il oublie volontairement que ces mêmes actes délictueux se sont produits à [illegible] époques, alors que « la probité, l'honnêteté de ce personnel inférieur — c'est des religieuses qu'il parle — se reflétaient sur le personnel supérieur. » [illegible] le cas de Georges Bat..., de Cortillot, etc., dont les tribunaux ont eu à s'occuper. Quant à l'honnêteté, à la probité des religieuses, il faudrait s'entendre : ces mots n'ont pas pour elles la même signification que pour le vulgaire. On en trouverait de nombreuses preuves dans les *Notes sur l'ancien Hotel-Dieu de Paris*, de [illegible] A. Rousselet. Les religieuses sont aujourd'hui ce qu'elles étaient de ce temps : le fait suivant le prouve. Dans un arrondissement de Paris, une congrégation dispose d'un petit hospice de vieillards, subventionné par [illegible] et par le bureau de bienfaisance de l'arrondissement. Celui-ci a droit à un certain nombre de places. Une enquête récente a montré que la congrégation continuait à toucher au bureau de bienfaisance pour des vieillards qui n'existaient plus; qu'elle avait donné ces places, revenant à l'arrondissement, à d'autres quartiers de Paris; qu'elle hospitalisait des vieillards qui [illegible] recevoir des secours mensuels à la mairie de leur [illegible] domicile, et cela au bénéfice de la maison [illegible] au détriment des autres malheureux. L'Administration municipale ferait bien mieux d'assister directement [illegible] les malheureux que de déléguer ce devoir à des congrégations qui en vivent. Avec Diderot, nous pensons que toutes les vieilles *Fondations* devraient disparaître. B.

Eaux minérales. — Un décret porte [illegible] de protection de la source d'eau minérale dite [illegible] à Pougues (Nièvre).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 juin 1892. — Présidence de M. d'Abbadie.

M. Arloing. — *Sur la présence et la nature de la substance phylacogène dans les cultures liquides ordinaires du Bacillus anthracis.* — On a très imparfaitement réussi jusqu'à présent à conférer l'immunité avec les cultures filtrées du Bacillus anthracis. Cela tient sans doute à ce que la filtration sur porcelaine, communément usitée pour obtenir la partie liquide de culture à l'état de pureté, diminuait la proportion des substances vaccinantes au point de nuire à la manifestation de leurs effets. Pour éviter cet inconvénient, M. Arloing s'est servi d'anciennes cultures faites dans un grand volume de bouillon à l'intérieur de matras considérables. Sous l'influence du repos prolongé, les bacilles s'étaient déposés sous forme d'un feutrage au fond des ballons. Une couche épaisse de bouillon limpide les surmontait. Ce bouillon a été aspiré à l'aide d'un siphon stérilisé garni de coton tassé et stérilisé. Le liquide obtenu a été mis à décanter une seconde fois pendant 24 heures puis retiré par un second siphonnement pareil au premier. Ce bouillon était absolument débarrassé de bacilles charbonneux, il a servi à conférer l'immunité à de jeunes brebis soit par une seule et abondante injection intra-veineuse, soit par cinq injections sous-cutanées de 10 c. c. chacune. L'immunité a été parfaite, résultat que M. Arloing n'avait pas obtenu par l'injection des cultures filtrées sur porcelaine. Une partie du bouillon de culture a été traitée par l'alcool. Les substances solubles dans ce liquide et les substances précipitables ont été dissoutes isolément dans l'eau glycérinée à 40 0/0 puis ramenées à consistance d'extraits par évaporation à 50°. Sur une dépression de 0m50 de mercure quatre agneaux ont reçu par injections sous-cutanées pendant six jours de suite 1 c. c. de ces solutions. Deux recevaient la solution des matières précipitables dans l'alcool et deux la solution des matières solubles dans ce réactif. Huit jours après la dernière injection on les inocule avec une culture virulente de charbon en même temps que deux agneaux témoins. Sur cette série, deux animaux seuls ont résisté; ce sont ceux qui avaient reçu les injections des substances solubles dans l'alcool. Il semble donc que les bacilles charbonneux déversent une substance phylacogène dans les bouillons de culture et que cette substance fait partie du groupe des matières qui dans les cultures sont solubles dans l'alcool.

M. Viault. — *Action physiologique des climats de montagne.* — Chez une série d'animaux (lapin, cobaye, coq, poule, caille) transportés de Bordeaux au Pic-du-Midi situé à l'altitude de 2,877m, on a constaté une augmentation très considérable des globules sanguins. Le sang de ces animaux présentait en outre un nombre prodigieux de petits globules en voie de formation. Chez l'homme et le chien, dans les mêmes conditions, l'augmentation des globules n'a pas été très appréciable bien qu'on puisse constater au moyen de l'hémodéronumètre une augmentation de la capacité respiratoire du sang. Parallèlement aux résultats fournis par la numération et qui accusent dans la plupart des cas l'effort de l'organisme pour mettre le milieu intérieur en harmonie avec les conditions du milieu extérieur, les examens de la capacité respiratoire pratiqués au moyen du calorimètre ou de l'analyse du sang par la pompe à mercure montraient aussi que l'organisme cherche à lutter et lutte victorieusement contre la raréfaction de l'oxygène. Le mal des montagnes n'est qu'un épisode violent, que la première phase d'une lutte où l'organisme, terrassé d'abord, ne tarde pas à reprendre le dessus; c'est ce qu'on pourrait appeler la lutte pour l'oxygène. — Ces données pourraient peut être recevoir une application à la thérapeutique des anémies, de la neurasthénie et de la tuberculose, etc. Mais le séjour sur les hauts lieux devra être de longue durée, car le bénéfice de l'hyperglobulie et de l'augmentation de la capacité respiratoire du sang paraît se perdre par le retour aux bas niveaux, aussi vite qu'il a été acquis, lorsque son acquisition n'a pas été rendue définitive par un long séjour dans les altitudes. Morax.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 2 juillet 1892. — Présidence de M. Chauveau.

M. Vincent rapporte les résultats qu'il a obtenus en étudiant l'*association expérimentale du streptocoque et du bacille typhique.* Les deux bacilles *in vitro* se développent très bien simultanément, tandis qu'un grand nombre d'autres microbes empêchent le développement du bacille d'Eberth. Les cultures mixtes injectées au lapin déterminent chez lui une infection mixte qui peut avoir des caractères assez tranchés pour représenter une véritable entité morbide.

M. Laborde a fait l'étude physiologique des *dérivés de la cupréine* isolés par M. Grimaux et qui ne sont autres que des quinines. Leurs propriétés rappellent celles de la quinine, elles sont analgésiques et antithermiques, mais à des degrés différents. Leur étude thérapeutique fera l'objet de recherches ultérieures.

M. Brown-Sequard a remarqué chez les animaux tués par section de la carotide *un mouvement de manège*, l'animal tournait du côté lésé. Ce fait ne peut s'expliquer que par une anémie rapide se produisant dans une région limitée de l'encéphale.

M. Brown-Sequard a institué des expériences établissant *la puissance dynamogéniante du suc testiculaire.* Sur deux chiens chez lesquels on détermine des hémorrhagies artérielles profondes, l'un reçoit une injection de suc testiculaire; il n'a pas de convulsions et la survie est très longue. L'autre chien, qui sert de témoin, meurt au contraire très vite, avec les convulsions de l'anémie.

M. Chopinet a traité le *myxœdème par les injections de suc du corps thyroïde.* Au bout d'un mois, le cou et les membres ont commencé à diminuer progressivement et la guérison peut être maintenant regardée comme à peu près complète.

M. Roger a montré autrefois avec M. Charrin que *la vaccination augmentait beaucoup le pouvoir bactéricide du sérum.* Mais un certain nombre d'auteurs ont pensé que cette action bactéricide du sang ne s'exerçait qu'en dehors des vaisseaux. Pour répondre à cette objection, les auteurs ont procédé de la façon suivante: Un lapin est vacciné et reçoit une quantité mortelle pour un lapin neuf de culture de bacille pyoeyanique. Le sang de ce lapin injecté à un second ne détermine pas chez lui d'accidents graves. Sur un lapin non vacciné et inoculé, le sang recueilli se montre très virulent. Or, le sang est pris, dans les deux cas, quelques heures après l'injection et contient autant de bactéries dans un cas que dans l'autre. Il est donc établi que les germes s'affaiblissent au contact du sang d'animaux vaccinés, même dans les vaisseaux de l'animal vivant.

M. Reymond a fait chez M. le Pr Guyon des expériences tendant à prouver que l'*infection de la vessie peut se faire à travers sa paroi.* Il s'est servi du bacillus uro-septicus de Krogius, facile à isoler. En injectant sous le péritoine vésical du cobaye des cultures de ce microbe, on voit apparaître le bacille dans l'urine au bout de 24 heures. A l'autopsie, la muqueuse est altérée dans la région correspondante au point de l'injection péritonéale.

M. Chambrelent a étudié chez M. le Pr Tarnier *la toxicité du sérum du sang des éclamptiques.* Dans deux cas il a pu voir que ce sérum était très toxique, mais pourtant il existait une différence de toxicité assez marquée entre les deux cas. Le sérum le plus toxique provenait d'une éclampsie grave qui s'est terminée par la mort.

M. Guerin présente l'observation et les moulages d'une famille chez laquelle on constate une *laxité particulière de l'articulation radio-carpienne*, avec saillie anormale de l'extrémité inférieure du cubitus. L'observation a été recueillie dans le service de M. Lucas-Championnière.

M. MATHIAS DUVAL dépose une note de M. GILIS sur *le ligament rond de l'articulation coxo-fémorale*. M. Gilis s'est convaincu que ce ligament ne sert pas seulement à amener à la tête du fémur des vaisseaux nourriciers, mais qu'il est aussi très résistant et peut supporter sans se rompre une traction de 75 kilogrammes.

M. GALEZOWSKI lit une note sur le *grossissement des images ophtalmoscopiques*. En interposant des lentilles entre l'œil de l'observateur et les images de l'ophtalmoscope, M. Galezowski est arrivé à grossir trente fois ces images sans leur faire perdre leur netteté. Il est facile alors de suivre les lésions vasculaires.

M. CHARRIN dépose une note de MM. ABELOUS et LANGLOIS sur l'*asthénie dans la maladie d'Addison*. En comparant des addisonniens tuberculeux avec d'autres tuberculeux dont l'état général était plus grave, mais qui ne présentaient pas de teinte bronzée, les auteurs ont constaté, avec l'ergographe de Mosso, que la faiblesse dans la maladie d'Addison était bien réelle et plus marquée que dans la tuberculose vulgaire. A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juillet 1892. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

M. LABORDE fait une communication sur le *traitement de la mort apparente à la suite de l'asphyxie par submersion*, à propos de deux noyés qu'il a ramenés à la vie en attirant fortement et plusieurs fois la langue hors de la bouche. Cette manœuvre produisit un hoquet respiratoire, qui amena le rejet d'un flot de liquide par vomissement. Ce bon résultat tient au réveil du réflexe respiratoire; mais pour l'obtenir il faut faire la traction de la langue d'une façon régulière et d'un rythme analogue à celui de la respiration (1).

M. LE ROY DE MÉRICOURT rappelle les procédés de Marshall Hall et de Sylvester qui consistent à faire des pressions rythmiques à la base de la poitrine en même temps qu'on élève et abaisse les membres supérieurs. Ces procédés et celui de M. Laborde devraient être enseignés dans les écoles.

M. LARREY pense que le procédé de M. Laborde devrait être indiqué à la Société de sauvetage des Naufrages.

M. LÉON LE FORT trouve le procédé de M. Laborde ingénieux; mais il ne doit pas faire délaisser les autres.

M. LABORDE n'a pas eu l'intention de substituer son procédé aux autres : mais seulement d'en indiquer un nouveau.

M. GUÉNIOT remarque que les autres procédés ne nécessitent pas la persistance des réflexes comme celui de M. Laborde.

M. LABORDE répond que, quel que soit le procédé, la persistance des réflexes est indispensable pour le rappel à la vie.

M. PANAS revient sur le *cas de cécité à marche rapide traité par le lactate de zinc*, rapporté par M. Boé dans une séance précédente. L'orateur, qui a examiné ce malade, croit qu'il s'agit d'un tabes fruste, et il se demande dès lors la part qui revient au lactate de zinc dans l'amélioration. Il faut une plus longue expérience, mais déjà les neurologistes emploient le phosphure de zinc dans le tabes, et de Graefe a employé avec succès le lactate de zinc dans un cas de cécité analogue. En tous cas le lactate de zinc étant inoffensif peut être avantageusement essayé dans des cas semblables.

M. MARJOLIN lit un travail sur la *préservation des nourrices et nourrissons de la contamination syphilitique* et démontre à nouveau l'utilité de la mesure qu'il a proposée antérieurement à cet égard. En outre il regarde comme une obligation pour une mère atteinte de syphilis de nourrir elle-même son enfant et si elle ne peut le garder avec elle de le placer dans des établissements spéciaux où seraient réunis les enfants susceptibles de propager la contamination.

M. POIRIER rapporte *deux cas de chirurgie cérébrale* et présente les malades guéris. Le premier est un jeune garçon de quatorze ans qui s'est tiré un coup de revolver dans la tempe gauche. Le crâne ayant été largement ouvert, M. Poirier put, à travers le trajet intra-cérébral, sentir la balle dans le ventricule latéral et l'en extirper. Tous les phénomènes de compression cérébrale disparurent rapidement et au bout de quelques jours la guérison fut complète. Dans le second cas il s'agit d'un homme de trente-quatre ans atteint, depuis 1885, d'épilepsie [illegible], dont les accès revenaient tous les quinze jours. Le cerveau ayant été largement mis à nu dans [illegible], le chirurgien put [illegible] une tumeur [illegible]. Une hémiplégie survenue à la suite de l'opération disparut au bout de [illegible] jours et, depuis, les accès n'ont pas reparu.

M. A. VOISIN fait une communication sur *l'anatomie pathologique [illegible] des méninges cérébrales*. Sur un certain nombre d'aliénés, surtout des lypémaniaques avec [illegible], dont la maladie dure de quelques mois à plusieurs années, l'auteur a constaté de la congestion chronique des méninges, qui sont épaissies et [illegible] à l'écorce. Cela explique les [illegible] dans ces cas et les accès d'agitation [illegible] et impulsions, sous l'influence [illegible] des méninges et d'irritation [illegible] cérébrale.

M. F. [illegible] communique [illegible] de son enquête sur *la [illegible] lieu*. Sur les 5.339 nourrices placées sur lieu pendant une année, l'auteur [illegible] celles qui [illegible] et celles qui, accouchées à Paris, [illegible] du tiers de ces dernières logent à l'asile de nuit, à l'hôpital ou en hôtel meublé. Les enfants des nourrices de la première catégorie, qui sont renvoyés dans leur pays, meurent dans la proportion de 17.87 0/0, ceux de la seconde catégorie, dans la proportion de 18.63 0/0. Il est urgent de prendre des mesures de protection pour les enfants des filles-mères. Il faut appliquer la loi Roussel aux parents qui élèvent l'enfant de leur fille placée à gages sur lieu, et exiger que l'enfant de la nourrice sur lieu soit élevé au sein jusqu'à sept mois.

M. DE DUPEAX DE [illegible] (le Cap Breton) relate les résultats du *traitement de la pneumonie franche aiguë par l'ancienne méthode*, avec observations à l'appui. Sur 470 malades traités par les [illegible] absolue, les potions au laudanum et au kermès, il n'a jamais eu d'insuccès.

ÉLECTION *d'un membre titulaire*. — Sur 77 votants, obtiennent: M. [illegible], 46 voix (*élu*); M. Debove, 27 voix : MM. Hallopeau, [illegible] chacun 1 voix : 1 bulletin blanc.

ÉLECTION *à la place [illegible] d'anatomie pathologique*. — La liste de présentation est dressée de la manière suivante : 1° *ex æquo*, MM. [illegible] et A. Voisin : 2° M. [illegible] M. [illegible]. P. SOLLIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance du [illegible]. — PRÉSIDENCE DE M. [illegible].

M. FÉRÉ, à l'occasion du procès-verbal [illegible] sur la *[illegible] chez les épileptiques*. M. [illegible] arrive à des conclusions tout opposées aux [illegible]. Cette discordance d'opinion n'est pas [illegible] le fond de la question. [illegible] avant le paroxysme convulsif et pendant l'agitation psychique. Je crois que nous avons besoin d'[illegible] pour tirer des conclusions [illegible] au point de vue [illegible].

M. TALAMON lit une communication sur le *traitement de l'érysipèle par les pulvérisations de sublimé*. Pour ce traitement, il faut employer une solution de sublimé dans l'éther

(1) Il ne faut pas oublier que les chloroformiseurs ont recours depuis longtemps à cette manœuvre ou tout au moins à quelque chose d'analogue pour certains anesthésiés, dès que la respiration ne se fait plus avec toute la régularité désirable. (M. B.).

à 1 °/₀, et se servir d'un pulvérisateur à main de petit modèle, mais possédant une pression suffisante. Il faut tenir compte au point de vue de la durée de la pulvérisation de la force du jet pulvérisé, et de la finesse de la peau du sujet. On doit apprécier l'infiltration de la peau en profondeur, suivant la résistance de la plaque, sa saillie au-dessus de la peau saine, et l'existence ou l'absence de phlyctènes. Il ne faut pas craindre la vésication de la peau, et même on doit la provoquer si la plaque est peu étendue. On arrose simplement le centre de la plaque, en insistant sur le bourrelet périphérique où on prolonge la pulvérisation. On empiète même d'un centimètre sur la peau saine, en traçant une ligne vésicante pour arrêter l'extension de l'érysipèle. On recouvre ensuite le visage de compresses trempées dans l'eau boriquée, et renouvelées fréquemment. Une ou deux pulvérisations énergiques suffisent, quand elles sont bien faites; les suivantes doivent être plus courtes. On doit se contenter de poursuivre les points où l'extension semble vouloir franchir la limite tracée. Sur les autres régions du corps, les pulvérisations doivent être beaucoup plus longues que sur la face. Avant de commencer le traitement, il est nécessaire d'avertir les malades de la sensation de tension qui suit la pulvérisation, mais cette sensation n'est pas plus pénible que celle due à l'érysipèle lui-même. Il ne faut pas détacher les croûtes qui se produisent à la surface de la peau, mais les laisser tomber d'elles-mêmes. Si ce traitement n'a pas réussi, c'est que le traitement n'a pas toujours été fait avec la rigueur indiquée. Le traitement diminue toujours l'intensité de l'infection, et il a une réelle action sur la marche de la maladie.

M. Guyot. — J'ai fait dans mon service des vaporisations de sublimé avec le plus grand soin; au bout de 4 mois j'ai été obligé d'abandonner le traitement, parce que je n'obtenais aucun résultat. Les injections phéniquées sous-cutanées sont très douloureuses.

M. Legendre. — J'ai cité un seul cas de pigmentation de la peau consécutif aux injections phéniquées.

M. Guyot présente des pièces provenant d'une malade morte d'*endocardite végétante avec infarctus multiples*.

M. Millard dépose un rapport sur l'*enseignement de la médecine dans les hôpitaux*.

M. Huchard lit une communication sur le *rythme couplé du cœur et la mort par la digitale*. Chez certains individus, la digitale produit un trouble dans le rythme du cœur, portant le nom de pouls bigéminé ou de rythme couplé du cœur. Cette perversion consiste dans les phénomènes suivants : 2 révolutions cardiaques se succédant rapidement, la 1re ordinairement plus forte, la 2e plus faible, la 1re perceptible au pouls radial, la 2e à peine ou pas perceptible, de telle façon que l'auscultation du cœur peut révéler un nombre de systoles double de celui des pulsations radiales. Chaque couple de battements est séparé par une grande pause. On peut observer ce rythme, non seulement dans l'intoxication digitalique, mais encore dans certaines cardiopathies artérielles. Il suffit, en effet, pour que ce phénomène ait lieu, qu'il existe une altération de la fibre cardiaque. Le pouls bigéminé n'est souvent pas recherché dans les affections cardiaques ; souvent aussi il est passager et se confond avec les arythmies irrégulières et non cadencées. Dans les cardiopathies artérielles, il est fréquent, à cause de la tendance de ces affections à engendrer de la cardiectasie. Après chaque série de rythme couplé, il se produit une pause plus ou moins marquée, qui prolonge la durée de la systole cardiaque, pendant laquelle la quantité de sang versé dans le ventricule devient tellement abondante qu'elle force les parois du cœur. Celles-ci se laissent distendre, d'autant mieux qu'elles ont subi une altération du fait même de la maladie artérielle et qu'elles ont perdu leur force de cohésion et de résistance. C'est sans doute pour évacuer le trop-plein du ventricule que ces 2 systoles se suivent rapidement. D'autre part, la digitale prolonge la durée de la diastole ; son effet s'ajoute à celui de la cardiopathie. Elle devient complice du rythme bigéminé en l'exagérant. Aussi, y a-t-il grand intérêt à ne pas donner de digitale aux malades présentant ce rythme couplé, parce qu'elle peut arriver à produire une mort rapide avec accidents de cardiectasie et de cyanose, et même produire la mort subite.

M. Laveran rapporte une observation d'*hémiplégie due à de l'artérite syphilitique des artères basilaire et sylvienne gauche*. L'hémiplégie droite avec aphasie apparut 10 ans après le chancre, à la suite d'une attaque apoplectiforme ; elle se compléta en 5 jours. Malgré le traitement, le malade tomba dans le coma et mourut 10 jours après les premiers troubles cérébraux. L'autopsie montra la présence d'une artérite des artères basilaire et sylvienne gauche. Cette artérite était limitée à certains points des artères, et l'examen histologique décelait la présence d'endartérite et de périartérite nodulaire. La rapidité de la mort est expliquée par l'endartérite avec thrombose partielle de l'artère basilaire, les lésions de l'artère sylvienne gauche expliquaient l'hémiplégie droite et l'aphasie. Ce qu'il y avait d'intéressant, c'est que les zones motrices du côté gauche et la circonvolution de Broca avaient à la surface, sur les coupes, le même aspect que celles du côté sain. On ne voyait ni tumeur, ni hémorrhagie, ni foyer appréciable de ramollissement ; on aurait donc pu, au premier abord, déclarer qu'il n'y avait aucune lésion capable d'expliquer l'hémiplégie et l'aphasie, si on n'avait pas examiné les artères. La sylvienne gauche n'était pas complètement thrombosée ; elle était très rétrécie au niveau des principaux foyers d'artérite. L'hémiplégie et l'aphasie ont dû être causées par l'ischémie des circonvolutions motrices et de Broca. Le traitement institué dès l'arrivée du malade n'a pas permis à l'artérite de rétrocéder.

M. Huchard. — Leudet a signalé, il y a quelques années, un cas d'artérite syphilitique guérie rapidement. L'artérite syphilitique est nodulaire, anévrysmatique, oblitérante et symétrique. Elle n'évolue pas toujours d'une façon chronique, mais elle revêt parfois les allures d'une affection aiguë. A. Raoult.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 juillet 1892. — Présidence de M. Chauvel.

M. le Dr Delie (d'Ypres) lit une observation d'*acné rosacée hypertrophique*, traitée par la résection d'une partie du nez (1).

M. Nélaton fait un rapport sur une observation de *phlegmon septique sus-hyoïdien* communiquée à la Société de Chirurgie par M. le Dr Linon (de Versailles). Chez un homme présentant tous les accidents d'un phlegmon septique sus-hyoïdien (teinte subictérique des téguments, trismus, etc. etc.). M. Linon fit une incision médiane sur le cou: il ne sortit pas de pus, mais seulement un liquide sanieux, putride, à odeur infecte ; la température tomba à 38°, mais, au bout de 6 jours, les accidents revinrent. On dut inciser alors un foyer sus-claviculaire du côté droit, présentant de la crépitation et même de la sonorité ; à l'ouverture de ce foyer on ne trouva pas encore de collection purulente ; mais, le lendemain, il se fit une abondante décharge de pus. Les accidents s'amendèrent à nouveau ; pourtant, 30 jours après, un nouveau point phlegmoneux fluctuant se montra encore à la partie supérieure du sternum. On décida d'intervenir, fit sauter la première pièce du sternum, et découvrit un clapier purulent qui mit très longtemps à guérir.

M. Linon a fait suivre cette observation de réflexions sur la pathogénie des accidents de ce genre. Pour lui, tout cela est sous la dépendance de l'évolution de la dent de sagesse, car, chez son malade, cette dent du côté gauche était cassée et fracturée. Les lésions ne sont pas la conséquence, à son avis, d'un défaut de place pour la dent de sagesse ; la cause des accidents est exclusivement une ulcération de la muqueuse gingivale qui sert de porte d'entrée au germe infectieux ; c'est là une théorie admise d'ailleurs depuis plusieurs années et, récemment, dans leur thèse, MM. Rodier et Cornudet montraient qu'il y avait toujours infection à la suite d'une ulcération dans tous les cas de complications survenant au moment de l'apparition de la dent de sagesse. M. Nélaton croit, lui aussi, que l'ulcération doit jouer le plus grand rôle.

M. Linon s'est demandé, en outre, si les accidents qu'avait

(1) Nous n'analysons pas ici cette communication parce qu'elle a déjà été faite à la 3e *Réunion annuelle des Laryngologistes et Otologistes belges* et analysée dans un journal publié en *langue française* (*La Clinique*, p. 408, no 28, 30 juin 1892. Il serait à souhaiter qu'on n'apportât pas à la *Société de Chirurgie de Paris* des observations publiées antérieurement, alors même qu'il s'agit d'hôtes étrangers... ; mais c'est au Bureau à faire sa police. (M. B.).

présentés son malade ne devaient pas être rapportés à ce qu'on a appelé l'angine de Ludwig; mais il avait éliminé cette supposition. A ce propos, M. Nélaton, se basant sur la thèse du Dr Bœhler, a fait le procès de cette angine de Ludwig et montré que ce n'était pas là une entité morbide. Les observations que Ludwig a présentées ne sont en effet que des cas de phlegmon sus-hyoïdien. Toutes les phlegmasies du cou, a ajouté M. Nélaton, ne se ressemblent pas, et il existe certainement des formes d'infection spéciales à cette région. Et pour appuyer son dire, il cite deux observations de phlegmon sus-hyoïdien septique à marche absolument foudroyante, malgré une intervention très énergique; aussi lui semble-t-il qu'il y a de grandes analogies entre certains phlegmons hyperseptiques des membres et ces gangrènes cervicales qui déroutent le chirurgien le plus hardi. Ces gangrènes sont probablement dues à la pénétration de germes infectieux, puissants provenant de la cavité buccale.

En ce qui concerne l'utilité de la trépanation du sternum dans les cas analogues, point sur lequel a insisté encore M. Linon, il est bien évident, fait remarquer encore M. Nélaton, que l'évacuation du médiastin est indiquée toutes les fois qu'il y a un foyer rétro-sternal.

M. Quénu. — Les accidents de la dent de sagesse proviennent souvent et du manque de place et d'une ulcération concomitante. Il cite une observation à l'appui de ce dire. Il y a certainement des états septiques du cou très divers, dont certains ne sont pas encore catalogués; à ce propos il mentionne une observation de phlegmon septique intéressante.

M. Reclus. — Les causes mécaniques jouent un rôle très important lors d'accidents dus à la dent de sagesse, et, quand on a affaire aux lésions qu'elles provoquent, on les reconnaît facilement de celles qui sont dues à des infections microbiennes. Une preuve qu'il en est bien ainsi, c'est que ces accidents de la dent de sagesse ne s'observent jamais à la machoire supérieure, car là il y a toujours de la place pour la dent de sagesse. M. Reclus pourrait citer des quantités d'observations à l'appui de cette opinion. En ce qui concerne l'angine de Ludwig, il est heureux de voir cette prétendue maladie nouvelle disparaître du cadre nosologique. Il cite à son tour des cas de phlegmons septiques sus hyoïdiens, analogues à ceux rapportés par MM. Quénu et Nélaton.

M. Bazy a toujours considéré l'angine de Ludwig comme un phlegmon septique du cou; il rapporte à son tour trois observations de la variété foudroyante, dont l'existence doit être admise aujourd'hui par tous.

M. Delorme présente un malade atteint, depuis cinq ans, d'*hémorrhoïdes internes et externes* volumineuses, ayant subi la dilatation anale san succès, qu'il a opéré par le *procédé de Whitehead.* On sait que ce procédé, qui n'est pas décrit dans les ouvrages français, consiste dans la dissection et la résection de la muqueuse rectale qui tapisse les hémorrhoïdes et dans la suture du bord supérieur de la muqueuse incisée avec la peau de l'anus.

M. Quénu, au lieu d'employer le procédé de Whitehead, extirpe chacune des hémorrhoïdes en particulier et suture ensuite la muqueuse à la peau. A son avis, le procédé anglais est défectueux; si, en effet, un point de suture suppure, il peut en résulter des accidents graves; d'un autre côté, la résection du cylindre muqueux peut amener un rétrécissement du rectum.

M. Delorme montre que les complications que craint M. Quénu ne sont pas à redouter. Whitehead a fait 280 fois cette opération sans un seul insuccès; il n'a jamais observé de rétrécissement.

M. Bazy vante le procédé de M. A. Richer pour la destruction des hémorrhoïdes.

M. Routier présente des *calculs du rein droit* qu'il a enlevés récemment en laissant le rein en place. Dans ce cas, il a constaté très nettement le choc des calculs dans le bassinet.

M. Marchand présente un *fongus tuberculeux du testicule* très volumineux, enlevé chez un homme de 27 ans. Guérison.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 7 juillet 1892. — Présidence de M. E. Besnier.

M. Barthélemy, à l'occasion du procès-verbal, communique deux nouveaux cas de *dysidrose du nez*, l'un aigu, l'autre chronique.

M. Brocq présente un malade atteint d'*angiokératome des mains.* Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans atteint de la curieuse affection que M. Brocq a autrefois appelée verrues télangiectasiques, mais pour laquelle il adopte maintenant le nom d'angiokératome depuis les beaux travaux de Mibelli et de Pringle. C'est un cas classique. Les lésions se sont développées lentement, depuis l'âge de 9 ou 10 ans, sur tous les doigts des mains, à l'exception des pouces : or, les pouces ont été les seuls doigts auxquels le malade n'ait pas eu d'engelures pendant son enfance. Actuellement il y a de l'asphyxie locale des extrémités. L'aspect initial est celui d'un tout petit point rouge siégeant surtout à la face dorsale des phalanges, s'effaçant complètement par la pression au début, puis incomplètement, de telle sorte qu'il persiste un petit point arrondi nettement circonscrit d'un rouge vif. A un deuxième degré, les lésions se groupent par 2, 3 ou davantage pour former des taches d'un rouge vif. A un troisième degré, elles prennent par places une teinte livide et font une certaine saillie au-dessus du niveau des téguments voisins. A un quatrième degré, elles constituent de véritables saillies grisâtres ou d'un gris bleuâtre, ressemblant à des verrues, recouvertes d'un peu de tissu corné, au-dessous duquel on retrouve les lésions d'angiome. L'auteur a commencé à traiter le malade par l'électrolyse, d'après la méthode préconisée par Pringle.

M. E. Vidal demande que dans le traitement de cette affection il soit fait des recherches comparatives entre les pointes galvanoplastiques fines et l'électrolyse.

M. E. Besnier. — Cette affection n'est pas très rare et il semble qu'un certain nombre de cas aient été confondus avec le lichen. La peau est parfois criblée de ces petites tumeurs. M. Besnier préfère l'électrolyse à l'anse galvanique, en raison de la douleur et de la petite hémorrhagie qu'on voit parfois survenir avec ce dernier procédé thérapeutique.

M. Brocq fait une communication sur *les rapports qui existent entre les alopécies de la kératose pilaire et les alopécies dites séborrhéiques.* Il présente à la Société un enfant de trois ans atteint d'ichthyose légère, de kératose pilaire commençante accentuée des membres et présentant au cuir chevelu une alopécie assez spéciale disposée par petites places, formant clairières, au niveau desquelles le cuir chevelu est comme atrophié et cicatriciel : tout autour de ces plaques se voient des poils grêles peu adhérents, à bulbe plein, d'autres normaux; le cuir chevelu présente par places un peu de rougeur et il est recouvert de pellicules et d'une sorte d'enduit séborrhéique adhérent. L'auteur discute ce cas : il montre que cette alopécie ne saurait être rattachée ni à une affection parasitaire du cuir chevelu, ni à une des diverses variétés de folliculites décalvantes qui ont été décrites. On ne saurait non plus l'attribuer purement et simplement à de l'eczéma séborrhéique à cause de l'absence de troubles fonctionnels, de l'aspect de l'alopécie et de l'âge de l'enfant. Ce cas n'est pas isolé; l'auteur a déjà observé des faits analogues d'alopécie en clairières du cuir chevelu chez des sujets atteints d'ichthyose plus ou moins accentuée, souvent très légère et de kératose pilaire des membres, de la face, très développée. D'autre part, la kératose pilaire peut déterminer des alopécies au cuir chevelu. Si on laisse de côté les faits qui ont été décrits sous le nom d'ulérythème ophryogène par Taenzer, on sait que cette affection peut se manifester sous la forme de saillies circumpilaires chez les sujets atteints d'aphasie moniliforme : l'auteur a de plus prouvé, dès 1890, que certains faits rangés jusqu'ici dans les alopécies séborrhéiques de l'adulte devaient être rattachées aux alopécies kératosiques, car on y observe des cicatricules blanches déprimées et des saillies rouges circumpilaires avec ou sans séborrhée concomitante.

Tout à côté des faits précédents il en existe d'autres beaucoup plus fréquents dans lesquels on ne trouve point de sail-

lies circumpilaires mais dans lesquels l'alopécie est également disposée en petites clairières entre lesquelles on trouve des cheveux ayant le volume normal ; ces sujets offrent constamment une alopécie kératosique des membres des plus accentuées. C'est évidemment à ce dernier groupe de faits que se rattache le cas de l'enfant que l'auteur présente à la Société. Il se demande donc si la kératose pilaire ne joue pas un rôle des plus importants dans ces diverses variétés d'alopécie ; cette hypothèse expliquerait leur évolution progressive, fatale pour ainsi dire, et leur résistance au traitement.

M. Quinquaud. — Il faut savoir qu'il s'agit là d'une affection très tenace qui continue à évoluer malgré le traitement. C'est là un des caractères de ces alopécies en clairières. Au niveau de la racine des cheveux il se produit une petite synamule : tous ces caractères, ainsi que l'aspect cicatriciel du cuir chevelu, permettent de faire le diagnostic de kératose pilaire du cuir chevelu. L'affection se présente sous des aspects cliniques nombreux : tantôt c'est un état lisse du cuir chevelu, tantôt un état légèrement pityriasique, tantôt un état granuleux.

M. Hallopeau. — *Sur un nouveau cas de pityriasis rubra pilaris et la nature probable de cette dermatose.* — Comme l'eczéma séborrhéique, le pityriasis rubra pilaris présenté par l'auteur est surtout localisé au cuir chevelu, sur le pourtour des ailes du nez, au-devant du sternum, dans la région interscapulaire et dans les aisselles ; dans les deux maladies, la cause des accidents est très vraisemblablement un trouble dans l'évolution et l'excrétion des matières grasses qui, devenues anormales par leur quantité ou leur constitution, les déterminent chez des sujets qui ont un mode spécial de réaction. Cette étiologie peut fournir des indications relatives au traitement ; si le pityriasis rubra pilaris et l'eczéma séborrhéique sont dus à l'excrétion des matières grasses en quantité exagérée ou à une altération de ces produits, il est rationnel de soumettre à la diète des féculents et des graisses les malades qui en sont atteints.

M. Hallopeau. — *Sur un cas de gommes symétriques des régions épitrochléennes et la cause probable de cette localisation.* — Les faits de cette nature ne sont pas très rares, mais on n'a pas cherché à les expliquer ; ces localisations ne peuvent s'expliquer comme celles qui se produisent dans les glandes sébacées, la matrice des ongles, le squelette ou les centres nerveux par une structure spéciale constituant un terrain favorable à la germination du contage ; il ne peut s'agir non plus de troubles trophiques d'origine centrale ; l'interprétation la plus plausible est la suivante : les deux tumeurs symétriques ne se développent pas simultanément ; or la vive irritation que détermine l'évolution de la première peut déterminer des troubles dans l'innervation trophique de la partie symétrique du membre opposé et le transformer en un milieu de culture favorable au développement des germes-contages qui émanent du foyer initial ; les choses se passent comme dans les foyers gangréneux que l'auteur a vu survenir dans des conditions identiques.

M. Darier présente une malade atteinte de *lichen plan scléreux atrophiant.*

M. Fournier insiste sur l'apparence des cicatricules blanches en forme de mosaïque qui lui ont permis de porter le diagnostic de lichen.

M. R. Sabouraud présente une observation de *dix-sept cas de cheveux moniliformes* survenus dans la même famille au cours de cinq générations. Trois de ces malades ont pu être directement observés. Le cheveu offrait des lésions toujours semblables. Elles correspondent au type décrit par Behrend sous le nom d'*aplasie moniliforme* et par Croker sous le nom de *monilethrix*. La maladie est toujours congénitale et ne s'est jamais transmise autrement que par hérédité. Du reste, les examens microbiens sont restés constamment négatifs et les cultures stériles. Cette observation se place à côté de celles de MM. Mc Call, Anderson, Payne, Hallopeau, qui ont mentionné pareillement la transmission héréditaire. Il y a donc lieu de distinguer à côté des trichorrhexies noueuses parasitaires décrites par Juhel-Renoy, Behrend, P. Raymond, une affection caractérisée par le cheveu moniliforme, mais dont l'origine n'est pas microbienne et qui est transmissible par hérédité.

M. Hallopeau a observé quatre cas semblables dans une même famille.

M. Hudelo communique l'observation d'un malade de 28 ans, atteint de *syphilis tertiaire suivie d'accidents d'hystérie.* Suit une discussion à laquelle prennent part MM. Fournier, Barthélemy, Gaucher, sur l'hystéro-syphilis.

M. Quinquaud communique les résultats des recherches qu'il vient d'entreprendre sur *les microorganismes pathogènes du chancre mou.* Il ne s'agit plus, d'après l'auteur, d'un micrococque, comme le pense, par exemple, M. Ducrey, mais d'un bacille dont les extrémités sont arrondies, bacille en chaînettes qui présente des caractères spéciaux, se colore par une solution de bleu phéniqué, se rencontre au sein même des tissus et présente tous les caractères de celui signalé par M. Unna. M. Quinquaud n'en a pas encore obtenu de culture pure.

M. Feulard présente une malade atteinte de *pelade complète du cuir chevelu et de vitiligo sur différentes parties du corps.* Ce dernier a débuté dans la première enfance, tandis que la pelade ne date que de quelques mois. Elle a commencé par la forme en aires et s'est complétée en deux mois. S'agit-il dans ces deux manifestations pathologiques d'une même origine trophonévrotique ?

M. Gilles de la Tourette présente un malade de 19 ans atteint de *syphilis du système nerveux* avec localisation méningée probable à la protubérance.

M. Paul Raymond communique les résultats des recherches comparatives qu'il a entreprises *sur quelques nouveaux traitements de la pelade.* Il insiste notamment sur le procédé de M. Moty : injections interstitielles de bichlorure de mercure : sur le procédé de M. Busquet : frictions avec la teinture de canelle ; et sur un procédé personnel qui a pour base l'emploi de substances antiseptiques et excitantes. Le procédé Moty présente des inconvénients que ne compensent pas ses avantages. Le procédé Busquet est très avantageux et abrège la durée de la maladie Avec ce procédé, comme avec celui proposé par M. Raymond, on peut obtenir la repousse des cheveux en moins d'un mois et la guérison d'une plaque de pelade en deux mois. M. Raymond insiste sur ce fait qu'il ne s'agit que des pelades en aires : les pelades dites décalvantes sont bien plus rebelles au traitement. Il est enfin un certain nombre de conditions dont il faut tenir compte dans l'appréciation des résultats obtenus, car il est des pelades qui guérissent facilement tandis qu'il en est d'autres contre lesquelles toutes les médications viennent échouer ; il importe de bien indiquer à quel cas on a affaire lorsqu'on parle du traitement des pelades ; en raison des variétés cliniques, les résultats thérapeutiques peuvent être tout différents.

M. Estrada présente une enfant atteinte de *chéloïdes du lobule de l'oreille.*

M. Morel-Lavallée présente une malade atteinte d'*hydrargyrie* à la suite d'absorption de pilules mercurielles.

Paul Raymond.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

Séance du samedi soir (23 avril) (*fin*).

Sources multiples de l'Infection puerpérale.

M. Doléris. — La multiplicité des origines de la fièvre puerpérale a été fortement battue en brèche. C'est l'Ecole de Lyon qui donna le pas, en proclamant que la fièvre puerpérale était due à un seul microbe, le streptocoque. Les Allemands suivirent. Widal, dans sa thèse, émit des doctrines exagérées, quant au rôle des organismes. Pour lui aussi, le streptocoque seul était l'agent de l'infection puerpérale. C'est une théorie inadmissible : pourquoi une plaie (car l'utérus après l'accouchement offre une large plaie) ne pourrait-elle être contaminée que par un seul microbe ? ou bien est-ce que ce microbe chasserait les autres ? Dans deux cas, nous avons nettement constaté, M. Bonnaire et moi, que l'infection était due au staphylocoque. MM. Widal et Chantemesse ont constaté des fièvres puerpérales où il n'y avait ni streptocoques, ni staphylocoques. L'infection était le fait du bacille coli commune. Une plaie peut être infectée par tous les microbes susceptibles de s'y développer. Plusieurs microbes peuvent en-

gendrer la fièvre puerpérale. Il y a donc des infections variées. On peut établir deux grandes catégories d'infection : 1° l'infection contractée au moment de l'accouchement, la plus fréquente ; c'est la fièvre puerpérale proprement dite ; 2° l'infection préexistante même à la grossesse, installée avant la gestation. Dans ces cas, la femme porte, pour ainsi dire, en elle-même les germes d'une infection inévitable. Il est temps aujourd'hui de dégager la responsabilité du médecin : il y a des infections contre lesquelles le praticien ne peut rien. Ce sont celles de la seconde catégorie où, avant l'accouchement, il y avait des microbes dans l'utérus, les trompes, etc. Des mémoires ont été faits là-dessus. A côté de ces lésions préexistantes, il y a les lésions cervicales. Certaines femmes ayant une affection cervicale, une infection ancienne, deviennent enceintes. Ces affections se traduisent alors par ce qu'on a désigné sous le nom d'œufs de Naboth, de leucorrhée gravidique, toutes choses que l'on considère comme banales. Et cependant ils dénoncent la présence de streptocoques, de gonocoques, de staphylocoques. J'ai observé une femme qui, huit mois après son accouchement, a contaminé son mari : une chaudepisse à streptocoques fut nettement constatée. 18 mois plus tard, les annexes de cette femme étaient malades. Chez elle, le col renfermait donc encore des éléments pathogènes. De ces faits je conclus que le col est un réceptacle fréquent de germes infectieux. Or quand ces conditions se trouvent réalisées, que le col et les annexes sont malades, l'infection est inévitable malgré l'antisepsie. Au moment des couches, il faut donc tenir compte de ces infections préexistantes. Toutes localisations de maladies, cœur, rein, peuvent être l'origine de l'infection. A côté, je citerai les infections que l'on peut appeler d'aventure. Comme précepte pratique, il ressort de ces données : que, s'il est difficile d'empêcher l'infection, il y a des cas où on peut l'éviter sûrement, en soignant pendant la grossesse les lésions du col de l'utérus, érosions, ectropions, etc., qui sont une source d'infection après l'accouchement. Je dois ajouter que M. Widal n'a pas indiqué les rapports du streptocoque avec l'infection puerpérale. Plusieurs années avant lui, j'avais cultivé le streptocoque dans des cas d'infection.

M. Ballu. — M. Doléris reproche à M. Widal d'avoir regardé le streptocoque comme le seul agent de la fièvre puerpérale. Cependant il rapporte deux observations où il a trouvé des bacilles. M. Doléris a dit que le streptocoque seul pénètre dans les lymphatiques ; M. Widal l'a dit aussi.

M. Doleris. — Je n'ai pas voulu déprécier le travail de M. Widal ; j'ai, au contraire, essayé de faire ressortir ce qu'il y a de bon. Mais, 12 ans avant qu'il n'en parle, j'avais découvert et décrit le streptocoque.

M. Tarnier. — Je dois dire devant la Société obstétricale de France que le streptocoque a été vu et dessiné longtemps avant Pasteur et Doléris, par Coze et Felt. Après eux, Pasteur l'a retrouvé et cultivé. Plus tard, M. Doléris a ajouté à nos connaissances sur ce sujet. Enfin M. Widal a synthétisé et mieux précisé la question.

M. Fochier. — Comme déduction pratique il semblerait que, pour M. Doléris, il y ait certaines infections puerpérales inévitables et que ces cas seraient assez nombreux. Il semblerait aussi, d'après lui, que lorsque le col est contagionné, il doit y avoir infection. Je ne puis admettre de semblables conclusions. Les médecins maladroits mettraient toutes leurs fautes sur le compte de la leucorrhée.

M. Budin. — M. Doléris n'apporte pas de faits. Certes, ces cas dont il parle existent. Chez des femmes mortes de suites de couches, on a pu constater des affections des annexes, des trompes. Mais ces faits sont la grande exception. Ils ne se présentent que bien rarement dans les services d'accouchements. Leur existence n'est pas contestable, mais ils sont d'une extrême rareté. Les indiquer comme fréquents, ce serait donner d'avance une excuse à l'accoucheur, qui faute de précautions aurait laissé infecter ses malades. Il pourrait toujours se retrancher derrière l'infection inévitable, ce qui serait trop commode.

M. Doléris. — J'ai dit qu'il y a dix ans on aurait pendu un accoucheur qui aurait perdu une malade d'infection. Aujourd'hui les faits reprennent leurs droits. Il y a des cas où l'infection est inévitable. J'accorde qu'ils sont rares. Mais pour être exceptionnels, ces faits n'en existent pas moins et ils doivent avoir leur place.

Recherches expérimentales sur la pénétration des liquides dans les veines de l'utérus puerpéral.

M. Tissier. — Des faits d'intoxication soudaine, légère ou grave, survenue immédiatement après ou pendant une injection utérine ; des recherches chimiques faites aussitôt après l'injection dans les urines et la salive des femmes injectées, établissent en clinique la pénétration facile des solutions médicamenteuses poussées dans la cavité de l'utérus puerpéral. J'ai voulu savoir, par des expériences cadavériques, par quelles voies la pénétration s'effectuait, avec quelle rapidité, sous quelle pression. En opérant sur 4 femmes mortes, le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement, j'ai pu chaque fois constater qu'en fermant, à l'aide d'une ligature posée sur le col, le chemin de retour, le liquide versé dans l'utérus s'en échappait aussitôt, passant par les veines utérines et utéro-ovariennes, pour peu que le récipient du liquide fût élevé de 0,30 à 0,35 centimètres. Cette pénétration facile et prompte s'explique sans doute par les conditions où l'on opère : absence de tension sanguine, flaccidité de la paroi et obturation du col. Peut-être ces mêmes conditions se peuvent-elles retrouver, dans des circonstances spéciales, chez les accouchées. On peut le penser et on doit le craindre. Aussi la prudence exige-t-elle de n'employer comme agent d'injection intra-utérine que des solutions dont le pouvoir toxique ne soit pas très considérable, de ne jamais élever le vase d'injections à plus de 30 à 40 centimètres au-dessus du plan du lit. L'injection devant laver dans la matrice, devant imbiber la surface interne en délayant les mucosités sanguinolentes et stimuler la tonicité, mais ne devant pas avoir pour objet d'enlever de vive force, par la violence du jet liquide, les débris qui pourraient rester adhérents à la paroi. Si l'utérus se contracte, ce que l'on sent et ce que l'on voit, il faut, bien loin d'élever le vase, l'abaisser jusqu'au niveau du siège. Choisir une sonde qui favorise le reflux des liquides, tout en sachant qu'aucun modèle, quel qu'il soit, ne peut donner une sécurité complète.

Des accidents syncopaux qui peuvent se produire à la suite des injections intra-utérines.

M. Tarnier. — J'ai l'habitude, chez toutes mes accouchées de faire aussitôt après la délivrance une injection intra-utérine avec un liquide antiseptique ; si tout va bien, cette injection n'est pas renouvelée; si, au contraire, quelque symptôme morbide se montre, on refait des injections suivant le besoin. Cette pratique, je le sais, n'est pas celle de tous les accoucheurs, beaucoup d'entre eux ne font pas d'injection intra-utérine dans les cas réguliers Je ne veux pas aujourd'hui discuter la valeur de cette manière d'agir, je voulais simplement, à titre de préambule, répéter que ces injections m'ayant donné de bons résultats, je continue à les employer ; on comprendra mieux ainsi que tout ce qui concerne les injections intra-utérines faites aussitôt après la délivrance me préoccupe singulièrement. Comme liquide d'injection, j'employai d'abord une solution de sublimé à la dose de 1 pour 5.000 ; mais j'eus à enregistrer deux cas de mort par intoxication mercurielle. Je résolus alors de me servir de l'acide phénique en solution faible, 20 pour 1.000 ; c'est avec ce liquide que j'observai, pour la première fois, des accidents syncopaux. Une femme, à laquelle on venait de pratiquer, avec toutes les précautions et toute l'habileté désirables, une injection intra-utérine, fut prise tout à coup d'accidents très graves ; elle avait une dyspnée extrême; son pouls était imperceptible ; en un mot la mort paraissait imminente. J'employai alors le sulfate de cuivre, à la dose de 5 pour 1000 ; j'observai également des accidents très graves. C'est alors que je résolus de faire une étude expérimentale de l'action des divers antiseptiques injectés dans les veines. C'est en effet, comme je vous le dirai bientôt, à la pénétration dans les veines utérines du liquide antiseptique que j'attribue les accidents syncopaux. En injectant à des lapins, par une veine de l'oreille, des liquides antiseptiques, voici ce que j'ai observé : acide phénique à 20 pour 1.000 : accidents syncopaux ne déterminant pas la mort, mais un état fort grave. Sulfate de cuivre et sulfate de fer à

5 pour 1000; accidents syncopaux et mort. Biiodure de mercure à 1 pour 20.000; syncope et mort. Sublimé à 1 pour 5.000; pas de syncope, mais mort par intoxication mercurielle. Permanganate de potasse à 1 pour 2.000; pas de syncope, pas d'accidents, pas de diminution appréciable du nombre des globules rouges, comme on aurait pu le craindre, à cause du pouvoir oxydant de ce sel. Enfin, microcidine à 4 pour 1.000; pas d'accidents. D'après ces recherches, j'ai donc classé les liquides antiseptiques, en ce qui concerne leur emploi pour les injections intra-utérines faites aussitôt après la délivrance, de la manière suivante : Dangereux : acide phénique, sulfate de fer, sulfate de cuivre, biiodure de mercure. Moins dangereux : sublimé. Non dangereux : permanganate de potasse, microcidine. Je vous disais, il y a un instant, que j'attribue les accidents syncopaux qu'on peut observer à la suite des injections intra-utérines faites aussitôt après la délivrance, à la pénétration dans les veines utérines du liquide injecté. Voici sur quoi je base cette manière de voir : M. Tissier vous a dit tout à l'heure qu'une injection poussée dans un utérus qui vient d'être délivré, pénètre facilement dans les sinus utérins. Ces recherches ont été faites à l'autopsie. Or, je crois qu'il en est de même chez le vivant. Voici, en effet, ce que nous avons observé dans tous les cas où des accidents syncopaux se sont produits : Au moment où l'on poussait l'injection, l'utérus se contractait violemment, et aussitôt les accidents débutaient. On sait qu'il arrive bien souvent que le tube de retour de la sonde à double courant, qui sert pour les injections intra-utérines, s'oblitère et que l'écoulement par ce tube est supprimé; si alors l'utérus se contracte énergiquement, le liquide qui a pénétré dans la cavité utérine est poussé dans les sinus veineux; c'est l'utérus lui-même qui sert d'injecteur.

M. Budin. — La communication que vient de nous faire M. Tarnier est excessivement intéressante, capitale. Mais je désirerais lui faire une petite question : M. Tarnier nous dit que le liquide passe dans les veines de l'utérus. Mais il me semble que s'il en était ainsi, les accidents seraient bien plus fréquents. Puis cette opinion est en contradiction avec les notions anatomiques : Nous avons appris que lorsque l'utérus se contracte, les vaisseaux sont resserrés. Il me semblerait donc que c'est plutôt quand l'utérus ne se contracte pas que le liquide pourrait passer dans les veines de l'utérus.

M. Tarnier. — Les femmes qui ont présenté des accidents syncopaux sont celles dont l'utérus était le plus contracté.

M. Champetier de Ribes. — J'ai observé aussi des cas dans lesquels l'utérus se contracte énergiquement. Mais alors, en même temps que les accidents syncopaux, la femme perd du sang pur, et l'utérus, à ce moment, est ramolli. Dans d'autres cas, il y a un grand frisson et une élévation de température énorme. Ces accidents peuvent-ils s'expliquer par la pénétration du liquide antiseptique dans les veines?

M. Tarnier. — Il est possible que la pénétration du liquide dans les sinus utérins, au moment où l'utérus se contracte, paraisse en contradiction avec les données admises. Mais j'ai deux arguments à faire valoir pour soutenir mon opinion : 1° les liquides qui ont amené des accidents syncopaux chez nos malades ont provoqué des syncopes chez les animaux dans les veines desquels on les a injectés; 2° dans les cas où les accidents syncopaux se sont produits, nous avons observé, en même temps, une violente contraction de l'utérus sur le liquide retenu dans son intérieur. Or, on peut admettre que, lorsque l'utérus ne se contracte pas à vide, les sinus, au moins quelques-uns, restent béants. Enfin, une érosion faite par la sonde pourrait être une porte ouverte au liquide.

Avant de se séparer, la Société Obstétricale de France a fixé sa prochaine session à la même époque, en 1893. Les deux questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour pour cette deuxième session :

1° *Etat actuel de l'organisation des différents services d'Accouchements en France.*

2° *De la Symphyséotomie.*

Léon Merle.

L'Hygiène au Conseil municipal de Paris. — Le Conseil municipal de Paris vient de nommer une commission pour l'étude des moyens pratiques de combattre l'*ophtalmie purulente.*

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 16 juin 1892. — Présidence de M. Salmon.

M. Verneau fait remarquer, à propos de la communication antérieure de M. Rahon, que, dans l'estimation de la *taille des Guanches*, on n'a pas tenu un compte suffisant de la différence des races habitant anciennement le sol des Canaries. Tandis que les Guanches ont eu une très forte taille, il s'est trouvé avec eux des éléments ethniques de taille plus réduite, dont la présence n'autorise pas à assigner à tous les Canariens une taille relativement faible. Les chiffres, par lui trouvés des Guanches considérés séparément, ne diffèrent pas beaucoup de ceux que M. Rahon leur assigne au moyen des coefficients de M. Manouvrier.

M. Guibert présente un *crâne de microcéphale* dont le propriétaire est mort phtisique à 10 ans, à l'asile de Saint-Brieuc. Pas de charges ataviques en dehors de l'alcoolisme paternel. Le crâne, mesuré sur le vivant, a donné : diam. ant. post. 125; transverse 107; ind. céphalique 84. Sur le squelette : diam. ant. post. 122; transverse 99; indice céphal. 81. Suture sagittale assez développée; prognathisme marqué; front extrêmement fuyant. La taille de cet individu, appelé Mathurin, était de 106 centimètres. Vue et ouïe normales. Développement intellectuel presque nul. Allures simiennes. Malpropreté allant jusqu'au gâtisme. Individu très remuant, avançant par sauts sur la pointe des pieds; mange tout ou jette les aliments. Goût peu développé. Mord et égratigne : dort peu et mal; est sensible à la musique. S'inclinait en avant dans une courbure vertébrale telle que l'inflexion lombo-sacrée n'existait pas. Le seul être humain qu'il distinguait fut un autre idiot qui s'en était constitué le gardien. M. Guibert propose de grouper l'état des facultés chez les individus, suivant quatre phases de développement auxquelles correspondraient les phénomènes : 1° de la vie subjective; 2° de la vie objective; 3° de la vie du langage; 4° de la vie professionnelle. Le microcéphale dont il vient de donner le portrait tératologique était confiné presque entièrement dans la phase de la vie subjective.

M. Hervé fait remarquer à l'inspection de ce crâne que la microcéphalie n'est pas due à une synostose prématurée des sutures; les sutures basilaire, lambdoïde, etc., sont ouvertes ici, et, seule, la sagittale est oblitérée. La scaphocéphalie normale ne se produit pas chez le microcéphale à la suite de l'oblitération de la suture sagittale comme cela arrive chez les non microcéphales lorsque cette oblitération est hâtive.

M. Piette décrit une curieuse *statuette d'équidé en ivoire de Mammouth* trouvée dans des amas magdaléniens de l'âge du renne, dans une grotte des environs de Lourdes. L'animal est dégagé en entier, avec les jambes isolées. Il tient du cheval, de l'âne et du zèbre par la forme et la robe et paraît, d'après M. Piette, avoir occupé une place intermédiaire entre des espèces actuelles. On trouve encore aujourd'hui, dans le pays, une variété d'âne dont la robe rayée aux jambes et sur le dos rappelle celle de l'équidé en question. L'authenticité de cette statuette n'est pas absolue jusqu'à présent, mais probable. Les récentes découvertes de *squelettes entiers dans les grottes de Baoussé-Roussé*, grottes et découvertes dont M. Rivière revendique la propriété, donnent lieu à une discussion importante à laquelle prennent part MM. Verneau, G. de Mortillet, d'Ault-Dumesnil, Rivière, Piette, Hervé, Zaborovski. Tandis que, pour M. Rivière, ces squelettes et les objets qui les accompagnent appartiennent à l'époque paléolithique, ils seraient, dans l'opinion de ses collègues, de date beaucoup plus récente, néolithiques, ou tout au plus d'une époque de transition. D'après M. G. de Mortillet, on se trouverait en présence d'un milieu paléolithique dans lequel on aurait pratiqué des sépultures à l'époque néolithique. Les colliers de vertèbres de Salmonidées qu'on y trouve appartiennent également aux dolmens. Les dents de cerf, les rondelles de coquillages, les instruments en os présents en grand nombre, sont de l'époque néolithique. La couleur rouge communiquée aux ossements et aux silex par le fer olégiste lamelleux, prouve qu'il y a eu ensevelissement et demeure en place des corps. M. Piette ne croit pas à une sépulture ni à Cro-Magnon, ni à Solutré. Jamais il n'a trouvé de sépulture à l'âge du renne et il est convaincu qu'il n'en existe pas. Pour

M. d'Ault-Dumesnil, une époque est caractérisée par sa faune et son industrie. A Baoussé-Roussé, l'industrie est néolithique et la faune comprend des espèces dont aucune n'est éteinte : donc la sépulture est néolithique. M. Rivière considère ses squelettes comme contemporains de leur milieu. Il n'a rencontré aucun remaniement dans les grottes principales. Pour lui, les pièces trouvées au contact des squelettes sont paléolithiques. Discussion à reprendre. G. Capus.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 4 juillet 1892. — Présidence de M. Brouardel.

M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, a rendu compte de la *situation sanitaire à l'intérieur*. Il résulte des renseignements fournis par M. Monod que le nombre des entrées, dans les hôpitaux de Paris, de personnes atteintes de *fièvre typhoïde*, a, du 24 au 30 juin, atteint le chiffre de 95. Le 24 juin au matin, le nombre des typhiques en traitement dans ces hôpitaux était de 185; le 30 juin au soir, il était de 235. L'épidémie de *variole* de Boussac (Creuse), est presque terminée. La diphtérie, qui sévit dans l'Isère, à Saint-Marcellin, Penol et Chatte, diminue notablement. La fièvre typhoïde règne à Épinal et à Toulon (un régiment d'infanterie de marine).

M. le Dr Proust a communiqué ensuite des renseignements sur l'*état sanitaire à l'extérieur*. Les nouvelles de Samarcande annoncent que le choléra fait de nombreuses victimes dans la région du Syr Daria. Il progresse à Bakou. Une dépêche du 26 annonce 48 nouveaux cas et 38 décès. La population est affolée : 40,000 émigrants fuient dans tous les sens. On annonce officiellement 40 décès par jour, mais on a constaté le 27 juin 102 morts. Les Tartares refusent d'entrer dans les hôpitaux. De Bakou, le choléra a gagné : vers le nord, Pétroskaye et Astrakhan, et vers l'ouest, Tiflis, où l'on a officiellement constaté, le 30 juin, 5 cas de choléra. L'épidémie suit la même marche qu'en 1831 et 1847.

L'épidémie augmente toujours à Bakou et se propage dans le Caucase. On doit avoir les plus grandes craintes pour l'infection de la mer Noire. Il résulte des mesures quarantenaires édictées, il y a quelques jours par le Conseil de santé de Constantinople, que tout le littoral transcaspien russe de la mer Noire, depuis Soukoum-Kalé, au nord, jusqu'à 30 kilomètres de Batoum, au sud, est à peu près fermé à la navigation, puisque les gros navires, le cabotage à voile excepté, ne pourront communiquer avec la Turquie qu'après avoir au préalable subi une quarantaine de dix jours à l'entrée du Bosphore, du côté de la mer Noire. Malheureusement, l'installation du lazaret de Khavac, dans le haut Bosphore, est tout à fait insuffisante, aussi bien au point de vue de la quantité de personnes à loger qu'au point de vue de la désinfection.

La situation sanitaire de la mer Rouge est satisfaisante. La *peste* diminue sensiblement en Mésopotamie.

Le Comité émet un avis favorable sur des *projets d'amenée d'eau* pour les communes de Roocourt-la-Côte (Haute-Marne), Mirefleurs (Puy-de-Dôme), La Ferté-sous-Jouarre, Parthenay.

Il entend, ensuite, un excellent (1) rapport de M. le Dr A.-J. Martin sur la création d'*un ordre de médecins*, mais émet, avec raison, un avis tendant au rejet de cette proposition. M. B.

(1) Nous ne savons pourquoi le nom du rapporteur n'a pas été cité au *Journal Officiel*, d'autant plus qu'il s'agit là d'un rapport très remarquable et du plus grand intérêt. Tel n'est pas sans doute l'avis de celui qui fait fonction de secrétaire du Comité.

Hopitaux d'Alger. — Des concours s'ouvriront à l'hôpital civil de Mustapha (près Alger), le lundi 24 octobre 1892, pour cinq places d'*élèves internes en médecine et en chirurgie*, le mercredi 26 octobre, pour trois places d'*internes préparateurs en pharmacie*.

IIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. — Nous rappelons que ce *Congrès* aura lieu à Vienne du 5 au 10 septembre : nous prions ceux de nos confrères qui désireraient faire partie du Congrès d'envoyer leur adhésion et le titre de leur communication le plus tôt possible à M. le Dr Feulard, à Paris, hôpital Saint-Louis, qui se chargera de les transmettre au comité d'organisation.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — **Traité théorique et pratique de massage** ; par le Dr G. Norstrom. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1891.

II. — **La pratique du massage** ; par Maximin Gilles. — Paris, A. Coccoz, 1890.

III. — **Traitement des affections de l'épaule par le massage** ; par le Dr Paul Archambaud. — Paris, Daubenton, éditeur, 1892.

I. — Nous n'avons plus à faire l'éloge du livre de Norström qui est actuellement à sa 2e édition. Cette dernière a été complètement refondue et augmentée d'une façon considérable. Après avoir fait l'historique du massage et de la gymnastique, l'auteur décrit le manuel opératoire du massage, puis l'action physiologique de celui-ci. Mosengeil a fait sur des animaux un certain nombre d'expériences destinées à expliquer cette action. De l'encre de Chine était injectée dans deux articulations similaires : tandis que l'une était massée, l'autre ne ne l'était pas. On vit que la résorption des substances injectées dans la jointure massée se faisait beaucoup plus rapidement qu'au niveau de celle à laquelle on n'avait pas touché. Des examens histologiques, pratiqués ensuite, montrèrent que l'encre de Chine passait dans le tissu conjonctif environnant, dans les lymphatiques et les ganglions correspondants.

Le reste du livre est consacré au massage dans les diverses affections qui réclament son intervention et, en premier lieu, les maladies des articulations, traumatiques, inflammatoires, diathésiques, raideurs articulaires, hygromas et bourses séreuses, sous-musculaires et sous-cutanées. Le chapitre qui suit a trait au massage dans les fractures et commence par des indications générales sur la méthode à employer et les soins à observer dans ce genre de traitement. Le livre se termine par le massage dans les affections des systèmes musculaire, nerveux et circulatoire, dans les maladies du tube digestif et en gynécologie. Nous ne pouvons, mais à regret, nous étendre aussi longuement que nous le désirerions sur chacun de ces chapitres intéressants ; il serait nécessaire de faire de longues citations que l'espace destiné à un compte rendu ne permet pas. Nous pensons que tout médecin, qui voudra faire du massage, devra lire ce livre fort complet et fort instructif.

II. — Le livre de M. Gilles est un résumé fort pratique des travaux récents sur le massage ; il contient deux parties, l'une composée des leçons résumées de von Mosengeil, et l'autre un traité théorique du massage dans ses diverses acceptions. Cette dernière partie est accompagnée d'un certain nombre d'observations personnelles fort intéressantes.

III. — L'auteur pense que, dans le massage des articulations, 4 opérations sont seulement nécessaires : les frictions douces, les frictions fortes, les malaxations et les mouvements. En dehors des séances de massage, M. Archambaud fait faire à ses malades des mouvements de l'épaule de la manière suivante : une corde est passée dans un anneau fixé au plafond, et chaque extrémité est prise dans une main ; le malade opère des tractions avec le bras sain, le corps étant maintenu très droit.

Le massage dans les affections de l'épaule doit être assez prolongé; il est indiqué dans toutes les affections de l'épaule récentes ou anciennes, non compliquées de plaie. Il peut porter sur tous les organes qui concourent à la formation de la région, sauf sur les vaisseaux situés trop superficiellement.

A. R.

Les stagiaires du Val-de-Grace aux Conseils de revision. — Nous avons mentionné, en leur temps, les incidents soulevés au conseil de revision de la Seine par la demande faite par M. le sous-intendant Polot, qui, à trois reprises différentes, protesta contre la présence aux séances du conseil des stagiaires du Val-de-Grace. Pour éviter le retour d'incidents de cette nature, M. le Préfet de la Seine a saisi M. le Ministre de la guerre [illegible] tion, lui demandant des instructions à ce sujet [illegible] pouvoir confirmer que M. de Freycinet [illegible] M. Poubelle et autorisera, comme par l[illegible] assister aux séances du conseil de re[illegible]

HYDROLOGIE

Traitement des gastro-entérites estivales ;

par le Dr Pol Vernon.

Les découvertes microbiennes ont élucidé la nature infectieuse de la plupart des gastro-entérites et démontré la fréquence des auto-intoxications par ferments morbifiques. Il est probable que si la saison chaude est fertile en ce genre d'affections, c'est à la faveur d'une sorte d'angiocholite infectieuse, assez analogue à celle qui se produit dans les pays torrides. Chacun sait le rôle, antiseptique et vitalisant dévolu à la sécrétion biliaire : s'il y a obstruction hépatique, la gastro-entérite infectieuse ne tarde pas à se produire, par prolifération du *bacillus coli* ou d'autres micro-organismes pathogènes.

On a récemment signalé, sur divers points, des épidémies partielles de choléra nostras, survenues avec ou sans périodes prémonitoire, mais avec toute la toxicité des entérites les plus graves. Il est probable que l'ingestion d'aliments et de boissons altérées doit jouer un grand rôle, au cours des étés chauds et secs, sur l'augmentation de virulence de bactéries communes et banales, incapables, à l'état normal, de sécréter des poisons chimiques aussi foudroyants...

Le praticien devra se méfier, chez les adultes et les vieillards, de la céphalée rebelle, accompagnée de catarrhe gastrique et de phénomènes nerveux, avec nausées et sensations de plénitude épigastrique. Ce sont les ordinaires prodromes de la gastro-entérite estivale. La bouche est amère et pâteuse, la langue limoneuse et gluante ; des renvois nidoreux, de la soif, souvent même une fausse sensation d'appétit, une *pseudo-faim*, indiquent l'état d'irritation, pour le moins épithéliale, de la muqueuse gastrique. Ensuite, on constate une sensibilité assez marquée des parois de l'abdomen, avec coliques et selles sérobilieuses, accompagnées, parfois, de véritable ténesme dysentérique. L'examen superficiel dénote, dans les selles, de la bile altérée, des mucosités glaireuses et souvent des aliments imparfaitement digérés ; tandis que l'examen microscopique y montre de nombreux leucocytes, résultats de diapédèse, des pigments hémophéiques et le *bacterium coli commune*, sous forme de colonies plus ou moins influentes.

Le meilleur traitement de cette affection saisonnière consiste dans l'administration, à doses fractionnées, de l'*eau naturelle d'Hunyadi Janos*, plutôt comme modificatrice sécrétoire que comme purgative véritable. Il faut que je m'explique sur ce point, afin de légitimer la grande supériorité que, d'instinct, le corps médical français, si intelligent, a accordé, depuis de si longues années, à la célèbre source hongroise. *Hunyadi Janos* augmente la sécrétion gastrique, dissout les mucus, neutralise les hyperacidités, régularise et fluidifie les sécrétions biliaire et pancréatique : tels sont ses effets primitifs sur le tube digestif de l'homme sain ou malade. Secondairement, les oxydations organiques se trouvent augmentées et le sang allégé de ces produits résiduels de combustions incomplètes, que Frémont (cité par le Dr Monin dans son *Hygiène des riches*) considère comme les véritables *fumerons* de la physiologie humaine.

On conçoit que cette action complexe soit éminemment décongestive, *déphlogosive*, comme dirait un disciple de Broussais, et qu'elle soit capable d'enrayer, à leurs débuts, les troubles gastro-intestinaux les plus graves et de couper court à l'hyperthermie, qui n'est qu'un reflet des auto-intoxications intérieures. Après deux ou trois verres d'*Hunyadi Janos*, on peut constater aussi, par la percussion, le retrait évident du foie et de la rate hypertrophiés par la congestion et par la rétention sécrétoire.

[illegible]sultats s'obtiennent sans coliques et sans consti- [illegible]vantages précieux, qui tiennent à ce que [illegible]*onvenienter Naturæ*, ainsi qu'il sied [illegible]*n inimitable, d'un équilibre et d'une pondération impossibles à réaliser artificiellement.* Quant à l'action antiseptique et anti-microbienne, il est facile de s'en convaincre, en constatant la *disparition complète des bacilles*, dès la deuxième ou la troisième selle. Il est juste de dire que cette disparition tient surtout à l'action cholagogue et à la stimulation vitale imprimée à toutes les glandules du tube digestif et de ses annexes, — ainsi qu'à la galvanisation motrice des fibres lisses gastro-intestinales, dont le rôle stimulant et décongestif mécanique tient, pour le moins, une aussi grande place que celle que certains esprits exclusifs ont dévolue, à tort, aux phénomènes chimiques.

BIBLIOGRAPHIE

Manipulations de physiologie; par Léon Frédérick. — Paris. — Baillière, 1892.

Ce livre est intitulé en sous titre : Guide de l'étudiant au laboratoire pour les travaux pratiques et les démonstrations de physiologie, et il justifie entièrement son programme. Mais, en dehors de ce point, il comporte, pour nous Français, plus d'un enseignement, en nous montrant comment on comprend les travaux pratiques en général à l'étranger. Ces travaux institués chez nous depuis 1878, et dans les autres pays, principalement en Belgique, à la suite des innovations françaises, ont-ils donné tout ce qu'on en attendait? Ne sont-ils pas restés souvent au-dessous de leur tâche; n'ont-ils pas été souvent moins utiles aux étudiants qu'ennuyeux par la contrainte des cours forcés? Enfin, ont-ils été les centres de propagande scientifique qu'ils devaient être dans la pensée de leurs créateurs? Ce sont autant de questions qui demanderaient une étude approfondie et que nous ne trancherons pas ici. Mais, à Liège, le programme des travaux pratiques de physiologie, exposé par Fréderick qui a été chargé d'organiser cet enseignement, nous paraît à la fois très pratique et très sensé.

La première partie du livre est consacrée aux manipulations de chimie physiologique, qui sont chez nous reléguées aux travaux pratiques de chimie. Ils sont faits par l'étudiant de première année qui n'en saisit ni la portée, ni les applications et qui n'y voit que la continuation des exercices chimiques du lycée. Tout y est traité au point de vue pratique et manuel ; depuis la façon de faire un filtre jusqu'à celle d'examiner quels sont les phénomènes chimiques de la respiration et de la circulation pulmonaire.

La seconde partie comporte le programme d'une série d'expériences physiologiques portant sur les principales fonctions et dont les unes sont destinées à être exécutées par l'élève, tandis que les autres sont des expériences de démonstration faites par le professeur ou ses aides devant les élèves. Cette partie correspond donc à l'enseignement que fait si brillamment chez nous M. Laborde. On est surtout frappé de la multiplicité des expériences proposées et du soin extrême d'économiser les sujets, en sorte que le programme de Fréderick semble avoir été de faire voir, sur un animal en expérience, tout ce qu'il y a à voir et, par conséquent, d'apprendre aux élèves à regarder.

Cette série d'exercices pratiques pour les étudiants et d'expériences pouvant intéresser ceux qui désirent pousser plus loin l'étude de la physiologie est donc bien organisée pour rendre les travaux pratiques intéressants et utiles à l'élève, et pour faire, en même temps, du laboratoire un centre actif de recherches. C'est par une suite d'efforts semblables que l'on arrivera à réaliser un désir général, qui a été fort bien exprimé, dans ces termes, par M. Jolyet, pour la physiologie : « Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour reconnaître que, dans les Ecoles de médecine, les cours théoriques doivent être sinon supprimés, comme certains le voudraient, du moins relégués au second plan de l'enseignement des Facultés, pour céder la place aux cours purement expérimentaux et pratiques. » Nous sommes loin de là et ce sont les cours pratiques qui se trouvent actuellement au second plan : mais, en coordonnant un certain nombre de travaux comme

celui de M. Frederick, on arrivera, nous l'espérons, à remplacer la leçon de chaire, qui est un reste de la médecine de Guy-Patin, par la leçon de choses, qui a fait trop peu de progrès chez nous depuis Claude Bernard.

Les habitués des prisons de Paris. Etude d'Anthropologie et de physiologie criminelle ; par le Dr E. LAURENT. Edit. G. Masson, 1892.

L'anthropologie criminelle est une science de date récente ; elle a déjà eu ses congrès et elle est fréquemment invoquée aux assises. En Italie, Lombroso est son représentant le plus autorisé. En France, l'Ecole d'anthropologie a soulevé, à maintes reprises, les problèmes les plus délicats de la criminalité. A vrai dire, cette science est encore dans l'enfance et ne se révèle que par des observations retentissantes, ou par des travaux individuels, personnels, dans lesquels l'hypothèse tient une grande place, et le contrôle devient difficile.

Aussi, le consciencieux et laborieux travail que M. Laurent vient de publier peut-il être considéré comme une œuvre originale, à tous les points de vue. M. Laurent, en sa qualité d'interne à l'Infirmerie centrale des prisons de la Seine, se trouvait dans les meilleures conditions pour entreprondre une étude d'anthropologie et de psychologie criminelles. Une semblable étude comportait de la patience et du temps, car il n'est pas aisé de faire et d'interpréter la vie détaillée de chaque prisonnier, criminel. Recueillir de semblables observations, les coordonner, les étiqueter et les cataloguer, tel est le but que s'était proposé M. Laurent et qu'il a atteint avec un intérêt médical et philosophique tout à la fois. Son livre sera lu avec curiosité, non seulement par les médecins, mais par tous ceux qui sont avides de lectures palpitantes et dans lesquelles les aventures criminelles ont toujours le don d'émouvoir. Le travail de M. Laurent intéressera surtout le médecin légiste, car le criminel est représenté sous tous ses aspects morbides. Ce criminel soulève à chaque instant les controverses scientifiques les plus ardues. Lombroso n'a-t-il pas avancé que le criminel-né pouvait bien n'être qu'un épileptique, rangeant la criminalité parmi les névroses.

Lacassagne, tout en proclamant avec tout le monde la prédisposition à la folie, déclare que la société fait et prépare les criminels ; il les divise même en criminels frontaux, pariétaux, occipitaux. Les criminels frontaux sont les plus intelligents ; les pariétaux visent les impulsifs ; les occipitaux sont surtout les instinctifs. Pour M. Lacassagne, le milieu social imprime son cachet aux criminels, d'où le criminel rural et le criminel urbain. Avec M. Laurent, le criminel parisien est étudié avec un soin particulier ; c'est le pâle voyou avec tous ses instincts de brute, avec toutes ses lâchetés et ses vils appétits.

A. JOSIAS.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. — Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1890; par BOURNEVILLE, avec la collaboration de MM. Camescasse, Isch-Wall, Morax, Raoult, Seglas et P. Sollier. — Vol. XI. — Bureaux du *Progrès médical*, 1891.

Dans la pemière partie : *Histoire du service* pendant l'année 1890, peu de chose à signaler, quant à l'enseignement primaire, à l'*Enseignement professionnel* et au *Mouvement de la population* ; on trouvera, dans cette première partie, une série de documents sur les origines de la « Fondation Vallée », annexe de 100 lits du service de M. Bourneville.

La deuxième partie est constituée par la réunion d'observations tres détaillées d'imbécillité ou d'idiotie suivies d'examen anatomo-pathologique. — Dans deux de ces observations, l'idiotie s'accompagnait de sclérose cérébrale atrophique ; dans une autre, il existait une tumeur cérébelleuse et de l'hydrocéphalie. L'observation V montre une idiotie symptomatique de méningo-encéphalite. Enfin, dans l'observation VII, il s'agit d'un cas d'hystérie chez l'homme. ce malade, âgé de 27 ans, présentait de « l'arriération » intellectuelle et du bégaiement, et en outre des absences, aussi ses crises convulsives avaient-elles été, pendant un certain temps, considérées comme de nature épileptique ; les caractères tout à fait typiques de ces crises, l'existence d'une hémianesthésie incomplète du coté gauche et de zones hystérogènes permettent de rectifier le diagnostic. — A signaler page 85 la théorie d'après laquelle les enfants recevraient, parfois, la transmission intégrale des qualités ou des tares de chacun des parents pris isolément, de telle sorte que si un des conjoints est dégénéré et l'autre sain, quelques-uns des enfants seront dégénérés, tandis que d'autres seront tout à fait sains, mais rarement une alliance bien choisie n'amènera dans une famille en dégénération une atténuation de cette dégénération même.

La troisième partie est consacrée à la reproduction de communications faites par M. Bourneville et ses collaborateurs à différents Congrès de médecine mentale. Ces communications portent : sur un essai de classification anatomo-pathologique de l'*idiotie* ; sur la *microcéphalie* (monographie très intéressante) et sur la *porencéphalie* ; cette troisième partie se termine par une nouvelle contribution à l'étude de l'*idiotie myxœdémateuse*, qui est digne de ses aînées. — De nombreuses planches et figures dans le texte, relatives surtout à l'examen de l'ossification des os du crâne, sont jointes à ce volume. Notons les figures relatives aux crânes des malades dont l'observation compose le volume.

Pierre MARIE.

Technique d'Electro-Physiologie ; par WEISS. — Paris, Masson, 1892.

Cet élégant petit volume de la collection Léauté rendra les plus grands services aux étudiants et aux praticiens qui sont appelés, de plus en plus, à se servir de l'électricité et qui perdent pied dès qu'ils essayent de se rendre compte des appareils qu'ils manient. C'est à cette ignorance qu'il faut attribuer la lenteur du développement de l'électrothérapie. L'auteur, professeur agrégé à la Faculté de Paris, a surtout cherché à être simple et clair et à chiffrer les résultats fournis par l'électro-physiologie de façon à préciser le déterminisme de chaque fait et à donner le sens possible aux expériences physiologiques sur l'électricité le caractère de précision que la physiologie a atteint. Il étudie d'abord la production d'électricité par les animaux et par les tissus, puis l'influence de l'électricité de source extérieure sur les tissus vivants. L'étude comparative des effets des courants continus ou interrompus nous a semblé particulièrement remarquable et rajeunie par l'exposé des travaux récents, ceux de M. D'Arsonval en particulier.

Douze Leçons sur la structure du système nerveux central, à l'usage des médecins et des étudiants : par L. EDINGER. — Leipsig, 1892.

Ce livre est en grande partie la réimpression des leçons sur le système nerveux, dont la librairie Reinwald nous a donné la traduction il y a quelques années. Mais l'œuvre est aménagée de telle sorte qu'elle ne fait pas double emploi avec la première édition. En effet il suffit, à notre époque, de peu de mois pour modifier profondément l'histoire de nos connaissances sur ce sujet. Les recherches des physiologistes, de Terrier, de Goltz et autres, les nouvelles conquêtes de la pathologie nerveuse et surtout les progrès de l'histologie du système nerveux sous l'influence de Golgi et de ses élèves nous forcent à remanier une foule de traits des anciens tableaux. Ce travail de mise au point exige une grande science, beaucoup de méthode et une critique sûre. Edinger a déjà fait preuve de ces trois qualités dans ses différents travaux, et on les retrouve dans celui qu'il nous offre aujourd'hui. Il a fait, avec raison, une part considérable à la description des techniques nouvelles qui ont si complètement changé nos idées sur le cylindre d'axe et les prolongements, en sorte que ses leçons constituent le livre de vulgarisation le plus complet et le plus précis que nous possédions actuellement sur les centres veineux.

A. P.

Hygiène de l'oreille. Soins préventifs contre les affections auriculaires ; par MOUNIER. — Paris. *Société d'éditions scientifiques*.

Comme le dit l'auteur, ce modeste traité, qui s'adresse surtout aux parents, n'a qu'un but : donner à chacun, dans la mesure du possible, les moyens d'éviter le développement des affections de l'oreille, sur lesquelles le traitement est tout-puissant, dans la plupart des cas, mais qu'une négligence coupable laisse trop souvent progresser.

VARIA

Le Choléra en Asie et en Russie.

I. — *Marche de l'épidémie.*

L'épidémie en Russie. — D'après les dernières nouvelles reçues en France, la situation en Russie est de plus en plus critique au point de vue du choléra.

Les plus nombreux cas de choléra et de décès constatés dans l'empire russe portent sur Bakou, où il y a eu, le 16/28 juin, cinquante-six décès, ainsi que sur certaines localités du Turkestan, telles que Djizak, où le nombre des décès depuis le 11/23 jusqu'au 15/27 juin a été de 110 ; Ouzbek, de 125, et Rayat, de 135.

Le choléra a fait son apparition dans la province de Saratov, l'une des contrées affligées de la famine. Du 30 juin au 2 juillet, 20 cas de choléra y ont été constatés ; 8 ont eu une issue fatale. Des efforts énergiques sont faits pour localiser l'épidémie.

Le 6 juillet le choléra avait gagné Staritsyne, où il y a eu quinze cas et six décès. Il augmente à Saratov, où il y a eu 29 nouveaux cas et 9 décès. Le choléra fait des progrès dans la Transcaucasie, où la mortalité est grande.

Les dernières nouvelles de Tiflis constatent qu'aussitôt après l'apparition du choléra dans cette ville on y a pris des mesures de désinfection auxquelles sont occupés onze détachements sanitaires.

On dit que des cas de choléra ont été constatés à Samara et Kostroma, à 750 verstes de Saint-Pétersbourg.

Le 7 juillet, l'épidémie progresse à Bakou, Astrakhan, Tiflis, Pétrovsk, Choucha, Ouzoun-Ada et dans des localités de moindre importance. Elle a gagné Askhabad, Elisabethpol et menace la province d'Iaroslav, où l'on a constaté des cas douteux. La contagion est surtout favorisée par l'extraordinaire malpropreté des villes du Caucase, l'insalubrité de la nourriture habituelle du peuple, qui végète dans une puanteur intolérable, ne mangeant que des aliments souvent pourris et toujours insuffisants. D'après le *Times*, 33 cas de choléra se sont produits aux bouches du Volga. Les vaisseaux qui arrivent des districts contaminés sont tous mis en quarantaine. Trois cas se sont produits à Tiflis.

Le *Nouveau Temps* fait un tableau émouvant de l'état des populations des districts atteints. La panique règne partout. On se plaint beaucoup de l'insuffisance des mesures prises par le gouvernement pour combattre le fléau. De plus, les corps restent souvent plusieurs jours avant d'être ensevelis. Enfin, ce journal demande au gouvernement de nommer un fonctionnaire ayant pleins pouvoirs pour organiser le service sanitaire dans les provinces atteintes, ainsi que cela s'est fait il y a quelques années, alors que cette mission fut confiée au général Loris Melikof.

L'épidémie en Asie. — L'épidémie est à peu près terminée à Meschec ; elle continue à sévir à Sabzawar, près de Nishapour, dans le Korassan, où les décès sont de 20 à 30 par jour. A l'Ouest, on ne constate aucun cas, grâce à la protection des cordons sanitaires. A Samarcande, le 28 juin, il y a eu 6 morts sur 46 cas, et autant à Tachkend.

II. — *Mesures prises.*

Mesures prises en Russie. — Le Ministre de la marine, l'amiral Tchikhatchef, est parti pour diriger en personne les mesures préservatrices dans les ports de la Caspienne, et le ministre de l'intérieur a interdit de remonter le Volga à tout bâtiment suspect au-dessus d'Astrakhan. Dans cette dernière ville, l'alarme a fait partir quantité d'habitants.

Les membres de la municipalité de Saint-Pétersbourg et de la commission des hôpitaux se sont réunis pour arrêter les mesures à prendre contre l'épidémie. Il a été décidé que la ville serait aussitôt subdivisée en de nombreuses sections médicales, comme il a été fait pendant l'épidémie de 1885 ; un crédit de cent mille roubles sera demandé au conseil municipal, convoqué en séance extraordinaire pour vendredi. Le général de Wahl a fait visiter par la commission sanitaire les maisons des quartiers pauvres ; ces maisons, placées sous une sévère surveillance médicale et administrative, seront désinfectées et délivrées d'un grand nombre de leurs locataires.

Le 7 juillet, il s'est produit à Astrakan des troubles auxquels on n'a pu mettre un terme sans effusion de sang. Les ouvriers, effrayés par l'épidémie de choléra, ont voulu quitter leurs ateliers, bien qu'on leur eût donné des avances. Ils en ont été empêchés et devaient être soumis à une quarantaine ; ils se sont refusés à cette mesure, de sorte que les troupes ont dû intervenir.

La commission sanitaire de Batoum, composée de médecins, de conseillers municipaux et de délégués des usines, vient de décider l'établissement immédiat d'une quarantaine à l'égard des gens arrivant des localités où règne le choléra. Des travaux d'assainissement de la ville sont commencés à Tiflis et vont être également entrepris à Nijni-Novgorod. Des précautions analogues, exécutées avec vigilance à Saratov, n'ont pas réussi à préserver cette ville de l'atteinte de l'épidémie.

Pour empêcher que le choléra ne se propage de Bakou à Astrakhan, le transport des voyageurs est suspendu entre ces deux villes jusqu'à ce qu'on ait organisé une quarantaine de sept jours à Pétrovsk. On a, en outre, rendu plus rigoureuse la surveillance sanitaire à laquelle sont soumis les voyageurs qui partent de Bakou par la voie de terre.

Mesures prises en Turkestan. — De rigoureux cordons sanitaires sont établis le long du chemin de fer transcaspien pour empêcher que les trains ne reçoivent ni ne déposent des voyageurs aux endroits atteints par la contagion.

Mesures prises en Turquie. — Le Lloyd autrichien a cessé, avec autorisation du gouvernement, les voyages pour Trébizonde et pour Batoum, à cause de la quarantaine établie par le gouvernement turc pour les navires provenant des ports russes de la mer Noire.

Mesures prises en Perse. — Le choléra ayant fait son apparition dans plusieurs localités du Caucase, les autorités persanes ont donné des ordres pour l'établissement d'une quarantaine dans tous les ports persans de la mer Caspienne. Depuis quelques jours la quarantaine contre le choléra a été étendue par le gouvernement turc à tous les navires provenant des ports turcs de la mer Noire.

Mesures prises en Syrie. — On a ordonné des mesures d'observation sur les navires provenant des ports syriens, de Beyrouth à Jaffa, parce que l'on soupçonne l'existence de l'épidémie à Saint-Jean-d'Acre.

Mesures prises en Grèce. — Par suite du choléra, le gouvernement hellénique vient de prescrire une quarantaine de 11 jours pour les navires venant des ports de la mer Noire, depuis Soukhoum-kalé jusqu'à Batoum, et une quarantaine de cinq jours pour les navires venant des autres ports de la mer Noire, sans avoir été soumis à une mesure du même genre avant de sortir du Bosphore. Les navires venant de la côte syrienne, depuis Beyrouth jusqu'à Jaffa seront astreints à une période d'observation de cinq jours.

Mesures prises en Espagne. — Le conseil supérieur de santé, avec l'assentiment du ministre de l'intérieur, a désigné les docteurs Cortezo et Mendoza, professeurs à la Faculté de médecine de Madrid, comme délégués spéciaux du gouvernement espagnol pour aller étudier sur les lieux l'épidémie cholérique en Russie. Le conseil supérieur de santé a prescrit aux autorités des ports une vigilance exceptionnelle sur les navires de toute provenance, sauf ceux venant des Etats-Unis.

Mesures prises en Autriche. — Le *Journal officiel hongrois* publie une ordonnance stipulant que les personnes venues des ports russes, de la mer Noire et de la mer d'Azof, subiront une quarantaine de sept jours et que celles venant des ports turcs seront soumises à un minutieux examen médical.

Le choléra en Autriche.

La nouvelle d'après laquelle il y aurait eu des cas de choléra sur le littoral de la mer Adriatique et notamment à Fiume est absolument controuvée.

Le Choléra en Angleterre.

D'après le *Morning Post*, le choléra aurait fait son apparition en Angleterre. Sur trois cas signalés jusqu'ici, deux auraient été suivis de mort. Deux passagers d'un steamer fran-

çais, tombés malades en pleine mer, avaient été transportés à l'hôpital dès leur arrivée à Londres vendredi, et ils y seraient morts peu après. Les médecins auraient déclaré qu'ils avaient succombé au choléra. L'autre cas aurait été signalé à Lambeth, qui est un quartier de Londres.

Mais des renseignements de source officielle permettent de déclarer que la nouvelle publiée par le *Morning* sur l'apparition du choléra asiatique à Londres est entièrement controuvée. — Il n'y a eu aucun cas de choléra jusqu'à présent. M. B.

Projet de règlement du stage hospitalier.

I. — *Du stage.*

1° Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années. Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études. Pendant les deux premières années du stage, les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie. Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies nerveuses, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

2° Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de 20 dans les services affectés à l'enseignement.

3° Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

4° Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

II. — *Répartition dans les hôpitaux entre les médecins chargés de cet enseignement. — Répartition des élèves stagiaires.*

5° Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années de stage sont : 1° les services de clinique générale de la Faculté de médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux. Les services affectés à l'enseignement pendant la 3e année sont : 1° les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités dans les divers établissements hospitaliers. M. le directeur de l'Assistance publique désignera, dans les différents hôpitaux, le nombre des services dirigés par des médecins, chirurgiens et accoucheurs qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

6° Les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires adresseront leur demande, avant le 15 juin, à M. le directeur de l'Assistance publique. Celui-ci convoquera une commission composée, pour la Faculté de médecine, de quatre membres : le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté ; pour l'Assistance publique, de quatre membres : le directeur et trois membres du Conseil de surveillance, dont le représentant des médecins des hôpitaux et le représentant des chirurgiens. Le directeur présidera la commission. En cas de partage, la voix du président sera prépondérante. Le directeur soumettra à la commission le projet de répartition de services dans les différents hôpitaux, la liste des demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs. Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage. La commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible. Cette liste sera adressée à M. le ministre de l'Instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

7° L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans. Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie. Le professeur donnera, à la fin du cours, des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront transmises, par les soins du directeur de l'Assistance publique, au doyen de la Faculté, pour être jointes au dossier de l'élève.

8° Il recevra de l'État une indemnité annuelle de 3,000 fr. Aucun frais ne résultera pour l'Assistance publique de cet enseignement.

9° La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la commission sera établie à la Faculté par son doyen. Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchements dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre, et pour le reste du temps le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés. Les stagiaires de deuxième année seront de préférence répartis dans les hôpitaux du centre, les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques. La liste de répartition sera transmise à M. le directeur de l'Assistance publique, qui délivrera les cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

10° Les élèves internes et externes des hôpitaux qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchements, devront faire un stage dans un de ces services ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin.

11° La commission étudiera dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, de façon à faciliter cette période du stage, et les études de cinquième année de médecine, en combinant les heures de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigées par la Faculté pendant la même période scolaire.

12° Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres, payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examen de la Faculté ne recevront pas cette autorisation.

13° La discipline dans l'intérieur de l'hôpital appartient au directeur de l'établissement.

EMPLOI DES SUBVENTIONS DE LA VILLE DE PARIS A L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE HOSPITALIER. — COURS LIBRES ET COURS PAYANTS

1° L'enseignement des stagiaires étant assuré par les dispositions précédentes, il est désirable, dans l'intérêt des élèves qui ont fini leur stage, que les sacrifices faits par le Conseil municipal jusqu'à ce jour aux cliniques hospitalières soient continués pour perfectionner l'enseignement clinique et favoriser le libre enseignement des cliniques générales ou spéciales et les recherches capables de concourir au progrès de la science médicale.

Les nouvelles ressources mises à la disposition de l'Assistance publique par la Ville de Paris pourraient être affectées à la création d'un hôpital de polyclinique ou se répartir, jusqu'à nouvel ordre, dans les hôpitaux où se donne un enseignement libre et spécial, notamment à Saint-Louis, aux services d'enfants et à l'amphithéâtre des hôpitaux.

2° Des cours libres, rétribués directement par les élèves, pourront être ouverts dans les hôpitaux. L'autorisation de faire ces cours sera réservée aux membres du corps médical des hôpitaux qui auront obtenu leurs fonctions par le concours. Ils se feront l'après-midi, avant la visite du soir, afin de ne pas troubler le fonctionnement des services.

La Loi sur l'Hygiène des Travailleurs au Sénat.

Le Sénat a voté, cette semaine, en deuxième délibération, le projet de loi sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels, dont nous avons parlé dans notre dernier numéro.

Divers amendements ont été présentés par MM. Girault (du Cher) et Félix Martin et ont été repoussés ; M. Camescasse, sur les déclarations qu'il a obtenues de la commission ou du Ministre, a retiré la plupart des siens. Le Sénat a maintenu en deuxième lecture le texte qu'il avait adopté en première délibération.

Le dernier Congrès de Chirurgie de Paris.

Nous lisons dans la *Presse médicale Belge* (1) :

« A propos du Congrès international tenu, il y a deux ans, à Berlin, nous disions que ces prétendues assises de la science ne faisaient pas énormément progresser celle-ci.

Des discussions, il n'y en a plus ; les Congrès deviennent le rendez-vous solennel où chacun vient lire ou improviser, suivant son talent oratoire, une observation plus ou moins intéressante. La même réflexion s'applique au dernier Congrès de Chirurgie tenu il y a quelques jours à Paris... De *discussions*, il n'en a pas été question, comme si les congressistes ne se sentaient pas de taille à affronter du choc des idées l'inévitable imprévu ! Les Congrès dans ces conditions ne nous paraissent pas remplir le but qu'ils se proposent d'atteindre ; leur importance ne dépasse pas celle d'une revue périodique. »

(1) 8 mars 1892, n° 19.

Nous sommes absolument de cet avis. D'ailleurs il faut reconnaître que les secrétaires ont surtout à s'occuper de questions de préséance : on exige d'abord qu'ils placent bien M. X... ou M. Y... Et, malgré cela, personne n'est content : de tous côtés on crie sur les organisateurs qui n'en peuvent mais. Si de gros bonnets tenaient un peu moins à leurs galons, un peu usés pourtant, les secrétaires auraient peut-être le loisir d'organiser des séances où l'on pourrait discuter.

Deuxième Congrès international de Physiologie.

Le deuxième Congrès international de Physiologie se réunira à Liège, dans les locaux de l'Institut de Physiologie, les 29, 30, et 31 août 1892.

Il y sera annexé une *Exposition d'Appareils de physiologie* qui sera ouverte du 27 août au 2 septembre 1892. MM. les Exposants sont priés d'envoyer leurs colis en temps utile (et franco) à l'Institut de Physiologie, place Delcour, 15, Liège, avec la mention : *Appareils scientifiques.* Ils sont priés d'adresser, en même temps, à M. le Pr Léon Fredericq, rue de Pitteurs, 18, Liège : 1° L'indication de la surface (en mètres carrés) de table qu'ils désirent occuper ; 2° Une liste complète et exacte des objets renfermés dans chaque colis, pour faciliter les formalités de la douane ; les instruments scientifiques ne paient pas de droits d'entrée en Belgique. M. Fredericq enverra des adresses imprimées à tous ceux qui en feront la demande. L'emplacement et les tables seront mis gratuitement à la disposition des Exposants.

Les membres du Congrès paieront une cotisation de 10 fr. Peuvent être membres du Congrès : Professeurs ou agrégés ou personnes ayant publié des travaux de physiologie. Le Comité provisoire du deuxième Congrès se compose de : MM. Holmgrew (Upsal), *président* ; Dastre (Paris), Kronecker (Berne), Sherrington (Londres), *secrétaires généraux* ; Bowditch (Boston), Chauveau (Paris), Léon Fredericq (Liège), Foster (Cambrigde), Héger (Bruxelles), Heidenhain (Breslau), Hering (Prague), Miescher (Bâle), de Tarchanoff (Saint-Pétersbourg), *membres*. Le Comité d'organisation se compose de : MM. Dastre (Paris), Léon Fredericq (Liège), Héger (Bruxelles), Kronecker (Berne), Sherrington (Londres). — Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de prévenir M. Léon Fredericq avant le 1er août 1892, en indiquant éventuellement le sujet des communications qu'elles comptent faire.

Exposition internationale de Chicago.

Comité d'admission et d'installation n° 32.

Les secrétaires du Comité n° 32 (Hygiène et Instruments de chirurgie) ont adressé aux journaux et aux industriels la lettre suivante :

Monsieur, nous avons l'honneur de vous adresser une demande d'admission à l'Exposition internationale de Chicago, ainsi que le règlement général de la Section française. Permettez-nous d'espérer que vous voudrez bien prendre part à cette nouvelle réunion et que vous tiendrez à y représenter l'industrie française dans les conditions les plus favorables à la bonne renommée de notre pays. Nous nous tenons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires dont vous pourriez avoir besoin.

Pour le Président du Comité n° 32, Pr P. BROUARDEL : le Secrétaire, Dr A.-J. MARTIN, 3, rue Gay-Lussac (*Hygiène*); le Secrétaire adjoint, Dr Marcel BAUDOUIN, 14, boulevard Saint-Germain (*Instruments de chirurgie*).

Voici les divers groupes d'industries ressortissant du Comité n° 32 :

Groupe 69. CLASSE 417. Pompes et appareils pour aspiration et distribution des eaux, filtres à eaux.

Groupe 120 (*Plomberie et appareils hygiéniques*). CLASSE 753. Tubes pour bains, ustensiles et accessoires pour bains. — CLASSE 754. Water-closets, siphons hydrauliques, réservoirs de chasse, appareils de ventilation et canalisatisn pour écoulement des immondices. — CLASSE 755. Baquets en porcelaine pour blanchisseries, cuvettes, robinets, drains et autres accessoires. — CLASSE 756. Quincaillerie pour plombiers et gaziers et accessoires divers.

Groupe 147. — (*Développement physique, entraînement, hygiène*). — CLASSE 824. Nourriceries et leurs accessoires. — CLASSE 825. Entraînement par les jeux athlétiques et exercice de la gymnastique : appareils pour le développement physique, exercices et jeux gymnastiques. — Patinage, marches, excursions en montagne, jeu de paume, lutte, exercice d'acrobatie, canotage, chasse, etc. Appareils spéciaux pour écoles et gymnases. Matériel pour exercices militaires, etc. — CLASSE 826. — Alimentation. Approvisionnement et distribution des vivres. Falsifications des produits alimentaires, marchés, préparation de la nourriture, cuisine et service, écoles de cuisine, aménagement des cantines scolaires, appareils de chauffage pour les repas des enfants. Gamelles et autres vases pour le transport de la nourriture des enfants, des ouvriers. Restaurants, salles à manger publiques, réfectoires, etc. —CLASSE 827. Habitations et constructions-types comme installation et hygiène, y compris les habitations ouvrières, les villages d'ouvriers créés par les grands établissements industriels ; maisons à loyer, maisons de ville et de campagne ; locaux pour cercles et écoles ; dessins et plans de bâtiments modèles pour écoles élémentaires, écoles enfantines et crèches ; tribunaux, théâtres, églises, etc. — CLASSE 828. Hôtels et maisons meublées. — CLASSE 829. Bains publics, lavoirs : hygiène publique et privée. Hygiène : méthodes et appareils d'hygiène pour les maisons d'habitation, les constructions publiques et les villes. Aération directe : chauffage, ventilation, éclairage, dans leurs rapports avec la salubrité. Canalisation pour eaux et immondices, drains et égouts, éviers, appareils de vidange, plomberie hygiénique, murs, briques, toitures, parquets, etc. Décoration des habitations au point de vue de l'hygiène, peintures et papiers peints dont les couleurs ne présentent aucun danger. Tapis de parquet, articles de décoration, supportant le lavage. Appareils pour le transport, la réception et le traitement des eaux d'égout. Rebuts des abattoirs et immondices des villes. Appareils et procédés pour la filtration des eaux et le curage des cours d'eau. Appareils destinés à la prophylaxie des maladies infectieuses ; appareils, procédés et instruments de nettoiement, de stérilisation et de désinfection. Appareils et procédés de chauffage, ventilation et éclairage des écoles, latrines, water-closets pour les écoles, cabinets, etc. Aménagements spéciaux des écoles pour garder ou sécher les vêtements des élèves. Mesures prophylactiques à prendre dans les écoles, infirmeries, maisons de convalescence, etc.

CLASSE 830. Hygiène de l'atelier et de l'usine (*Classement de l'Exposition d'hygiène de Londres, avec modifications*). Plans et modèles montrant les progrès réalisés pour l'amélioration, l'arrangement et la construction des ateliers, spécialement de ceux dans lesquels on exerce des industries dangereuses. Appareils et agencements pour empêcher complètement ou atténuer sensiblement les risques et dangers que courent les ouvriers dans certaines industries : mains courantes, écrans, insufflations d'air, solutions préservatives, lavages, etc. Articles d'usage personnel : respirateurs, lunettes, costumes, capuchons, etc., employés dans certaines industries malsaines et dangereuses. Dessins à l'appui des maladies et difformités causées par certains commerces et professions insalubres. Manière de combattre ces difformités ; mesures prophylactiques. Constructions hygiéniques et inspection des ateliers, fabriques et mines : procédés et inventions nouvelles pour améliorer la condition des personnes employées dans des industries insalubres. Simplification de la main-d'œuvre dans diverses industries. —CLASSE 831. Asiles, etc. Asiles pour les enfants. Asiles pour orphelins et enfants abandonnés. Sociétés ayant pour but de venir au secours des enfants. Asiles pour les vieillards des deux sexes, les infirmes, les estropiés, les vieux soldats, les marins. Traitement des pauvres : hospices. Traitement des Indiens, leurs demeures et réserves. — CLASSE 832. Hôpitaux, dispensaires, etc., plans, modèles, statistiques. Baraquements pour les maladies infectieuses ou épidémiques ; tentes et navires servant d'hôpitaux, mobilier, matériel, agencement des chambres de malades. — CLASSE 833. Mesures préventives : inspection sanitaire, vaccine obligatoire ; isolement des personnes atteintes de maladies contagieuses ; quarantaines, prohibition à l'importation et abatage du bétail atteint de maladies contagieuses. Inspection des produits alimentaires ; traitement des produits falsifiés ; inspection et analyse ; traitement des produits avariés. Surveillance des abattoirs, minoteries, etc. ; règlement sur la vente des chevaux ; mesures préventives. Inspection des bâtiments, etc. Règlements et surveillance des constructions ; drainage et plomberie des maisons ; règlements relatifs aux incendies, appareils de sauvetage, etc. Immigration. Réception, soin et protection des émigrants.

Groupe 148. (*Instruments et appareils de médecine, chirurgie et prothèse*). — CLASSE 834. Pharmacologie, drogueries, pharmacie, etc. Drogues, médicaments compris dans une pharmacopée officielle quelconque. Articles de matière médicale. — CLASSE 835. Préparations alimentaires destinées spécialement aux malades. — CLASSE 836. Appareils de diagnose physique. Thermomètre de clinique, stéthoscopes, ophtalmoscopes, etc. — CLASSE 837. Appareils et instruments de chirurgie, trousses, anesthésiques et antiseptiques. Instruments d'obstétrique, etc. — CLASSE 838. Prothèse. Appareils pour redresser les difformités,

membres artificiels. — CLASSE 839. Instruments et appareils de chirurgie et prothèse dentaires. — CLASSE 840. Véhicules et appareils pour le transport et le soulagement des malades et blessés en temps de paix et de guerre, sur terre et sur mer.

La demande d'admission doit indiquer : I. Le poids approximatif, emballage compris : 1° des objets dont l'admission est demandée ; 2° du matériel d'installation. — II. Le volume approximatif exprimé en mètres cubes, emballage compris : 1° des objets dont l'admission est demandée ; 2° du matériel d'installation. — III. La valeur totale approximative : 1° des objets dont l'admission est demandée ; 2° du matériel d'installation. — IV. Le nombre approximatif de colis à expédier. — V. La force motrice demandée par jour : à vapeur ; hydraulique. — Les demandes d'admission doivent être adressées au Commissariat général de l'Exposition internationale de Chicago, 22, avenue de La Bourdonnais, porte Rapp, à Paris, avant le 31 juillet 1892, terme de rigueur.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 11. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Baillon, Fauconnier, Weiss. — (2e *série*) : MM. Gautier, Guebhard, Blanchard. — (3e *série*) : MM. Gariel, Pouchet, Villejean. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Monod, Delens, Ricard. — (2e partie). (1re *série*) : MM. Fournier, Déjerine, Marie. (2e *série*) : MM. Potain, A. Robin, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Obstétrique. (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Peyrot, Ribemont-Dessaignes.

MARDI 12. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Baillon, Lutz, Guebhard. — (2e *série*) : MM. Gariel, Blanchard, Fauconnier. — 1er Fin d'année (Officiat) : MM. Pouchet, Hanriot, Weiss. — 2e *de Doctorat*, (2e partie) : MM. Rémy, Quénu, Gley. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Chirurgie. Charité : MM. Guyon, Richelot, Nélaton. — (2e partie). (1re *série*) : MM. G. Sée, Quinquaud, Letulle. — (2e *série*) : MM. Cornil, Dieulafoy, Ballet.

MERCREDI 13. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Pouchet, Villejean, Fauconnier. — (2e *série*) : MM. Baillon, Lutz, Weiss. (3e *série*) : MM. Gariel, Hanriot, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Ricard, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Straus, Déjerine, Marie. — 4e *de Doctorat* : MM. Ollivier, Letulle, Netter.

VENDREDI 15. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Laboulbène, Hanriot, Guebhard. — (2e *série*) : MM. Gautier, Lutz, Blanchard. — 1re de Fin d'année (Officiat) : MM. Pouchet, Villejean, Weiss. — 2e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Peyrot, Retterer, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Chirurgie. Charité : MM. Tillaux, Monod, Jalaguier. — (2e partie). (1re *série*) : MM. Hayem, A. Robin, Chauffard. — (2e *série*) : MM. Straus, Ollivier, Brissaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Obstétrique (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Segond, Ribemont-Dessaignes.

SAMEDI 16. — 1er *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Villejean, Weiss. — 1re Fin d'année (Officiat) : MM. Pouchet, Lutz, Hanriot. — 2e *de Doctorat* : (2e partie) : MM. Rémy, Gley, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Quinquaud, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Chirurgie. Hotel-Dieu : MM. Panas, Le Dentu, Schwartz — (2e partie). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Ballet, Hutinel. — (2e *série*) : MM. Peter, Debove, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Obstétrique. Clin. d'accouchem. rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Theses de la Faculté de Médecine de Paris.

MARDI 12. — M. Lavocat. Etude clinique des tumeurs malignes du grand épiploon. — M. Meusnier. Hémoptysies chez les enfants. — M. Pinatel. Emphysème traumatique compliquant les fractures des cotes. — M. Bougau. Du rôle du staphylocoque dans la pathogénie de l'anthrax et de ses complications. De la destruction de l'anthrax par les flèches caustiques au chlorure de zinc, suivant le procédé de M. Polaillon, opposée aux autres méthodes de traitement. — M. Péchaud. Contribution à l'étude d'une des variétés cliniques de l'adenite cervicale tuberculeuse. — M. Jacques. De l'etat séborrheique de la peau et de ses rapports avec les dermatoses, notamment avec l'acné. Etude de pathogénie et de traitement.

MERCREDI 13. — M. Tetau. Influence du traitement rhinopharyngien dans la conjonctivite printanière. — M. Mourlot. Des variations de poids chez les nouveau-nés, nourris par leurs mères pendant les dix premiers jours. — M. Rancurel. Considérations sur la choroïdite metastatique puerpérale. — M. Delbecque. De la restauration de l'urethre chez la femme. — M. Andram. Contribution a l'etude de la tricophytie tonsurante. — M. Chaumont. Du bromisme.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Le troisième centenaire de l'Université de Dublin.* — L'Université de Dublin a adressé à l'Institut de France une invitation aux Fetes de son troisième centenaire qui seront célébrées du 5 au 8 juillet prochain.

FORMULES

II. — La douleur dentaire.

On recommande la formule suivante :

Menthol.	}	āā 5 grammes.
Chloroforme	}	

Tamponner la cavité de la dent cariée, préalablement détergée avec un peu d'ouate hydrophile imbibée de cette mixture.

Voici maintenant une pate très appréciée aussi dans les mêmes conditions :

Hydrochlorate de cocaïne. .	}	āā 0 gr. 10.
Hydrochlorate de morphine .	}	
Créosote.		Q. s.

pour une pâte de consistance crémeuse qu'on introduira dans la cavité formée par la carie. (*Rev. gén. de clin. et thér.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 juin 1892 au samedi 2 juillet 1892, les naissances ont été au nombre de 1215 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 449 ; illégitimes, 160, Total, 609. — *Sexe féminin :* légitimes, 446 ; illégitimes, 160 Total, 606.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 juin 1892 au samedi 2 juillet 1892, les décès ont été au nombre de 921 savoir : 494 hommes et 427 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 7, T. 16. — Variole : M 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 18, F. 18, T. 36. — Scarlatine : M. 4, F. 3, T. 7. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 12 F. 7, T. 19. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 82, F. 72, T. 154. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 17, T. 33 — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 7, T. 9 — Tumeurs malignes : M. 16, F. 23, T. 39. — Méningite simple : M. 14, F. 13, T. 27. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 21, F. 15, T. 36. — Paralysie, M. 1. F. 5, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 1, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 26, T. 56. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 6, T. 16 — Bronchite chronique. M. 12, F. 7, T. 19. — Broncho-Pneumonie : M. 21, F. 14, T. 35, — Pneumonie : M. 22, F. 15, T. 37. — Gastro-entérite, biberon : M. 38, F. 43, T. 81 — Gastro-entérite, sein : M 13, F. 10, T. 23. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 5, T. 9. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3 - Débilité congénitale : M. 22, F. 10, T. 32. — Sénilité : M. 7, F. 8, T. 15. — Suicides : M. 17, F. 4, T. 21. — Autres morts violentes : M. 7, F. 2, T. 9. — Autres causes de mort : M. 84, F. 70, T. 154 — Causes restées inconnues : M. 2, F. 6, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 84, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 28, illégitimes, 16. Total : 44. — *Sexe féminin :* légitimes, 23, illégitimes, 17. Total : 40.

FACULTÉS DES SCIENCES. — Par arrêté ministériel sont déclarées vacantes les chaires ci-après désignées : *Faculté des sciences de Besançon* : Chaire de physique. — *Faculté des sciences de Grenoble* : Chaire de géologie et minéralogie. — *Faculté des sciences de Poitiers* : Chaire de géologie et minéralogie.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Concours d'agrégation en histoire naturelle.* — Les deux candidats naturalistes, MM. P... et D..., qui avaient été accusés lors de la première épreuve, le premier d'avoir été aidé par un concurrent, le second d'avoir autorisé la chose, ont été éliminés pour ce fait et le jury a décidé de laisser vacante la place de Montpellier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours de Clinicat.* — Les concours de clinicat viennent de se terminer par les nominations suivantes. *Clinique infantile* (Hôpital des Enfants-Malades), chef de clinique : M. le Dr E.-C. AVIRAGNET ; chef-adjoint, M. le Dr Pierre BOULLOCHE. — *Clinique médicale* (Hôpital de la Pitié) : M. le Dr BELIN. — *Clinique ophtalmologique* (Hotel-Dieu) : M. le Dr ROCHON-DUVIGNAUD. — *Clinique des maladies des voies urinaires :* M. le Dr LEGUEU.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique sont déclarées vacantes les chaires ci-après désignées à la Faculté de médecine de Bordeaux : Chaires de médecine expérimentale et de thérapeutique.

ASSISTANCE PUBLIQUE DANS LES VILLES. — *Le service à domicile* va être réorganisé à Paris. Comme le propose M. Navarre,

au nom de la commission d'assistance publique, chaque arrondissement de Paris sera divisé en grandes circonscriptions médicales desservies chacune par plusieurs médecins, afin de permettre au malade indigent d'avoir recours au praticien de son choix. De plus, on séparera complètement le traitement à domicile des consultations dans les maisons de secours, les malades se plaignant souvent d'être abandonnés après la première visite pour être renvoyés à la consultation, alors qu'ils sont incapables de s'y rendre, ou bien le médecin, pour s'éviter les récriminations ou une nouvelle visite au domicile du malade qu'il a prématurément abandonné, délivrant tout ce qu'on lui demande sans même avoir pu établir son diagnostic dans la seule visite qu'il a faite. En résumé, la nouvelle organisation comporterait 168 médecins exclusivement affectés au traitement à domicile et 68 médecins affectés aux consultations, soit 61 médecins en plus.

EXPOSITION INTERNATIONALE DE CHICAGO. — Le délai pour la réception des demandes d'admission à l'Exposition de Chicago, qui était d'abord fixé au 30 juin par le règlement de la section française, vient d'être prorogé jusqu'au 31 juillet prochain. Avis aux exposants ressortissant du groupe n° 32 (Hygiène, Instruments de Chirurgie, etc.). (Voir plus haut, p. 38). S'adresser aux secrétaires MM. les Drs A.-J. Martin (Hygiène) et Marcel Baudouin (Instruments de Chirurgie).

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A MARSEILLE. — Plusieurs cas de fièvre typhoïde se sont déclarés au quartier de cavalerie de Mempenti, à Marseille, où est le 9e hussards. Des mesures ont été prises par le général Mathelin et la municipalité en ce qui concerne le voisinage d'un ruisseau, dit le Jarret, véritable égout à ciel ouvert. On se rappelle que la caserne avait dû être évacuée, il y a quelques mois, par le 1er hussards. D'après les dernières nouvelles, la situation sanitaire du 9e hussards tend à s'aggraver. En outre, une partie du régiment devant partir le 11 du courant pour les grandes manœuvres d'ensemble, le médecin en chef du service de santé militaire vient d'appeler l'attention du général Mathelin sur le cas des hommes qui, étant en période d'incubation, pourraient porter les germes de la maladie dans les diverses étapes qu'ils vont entreprendre. Le préfet a convoqué d'urgence le conseil d'hygiène afin d'examiner la situation de concert avec les médecins militaires.

L'ÉTAT SANITAIRE A LONDRES. — Le nombre des malades atteints de *fièvre scarlatine* et de *diphtérie* augmente toujours à Londres. De 2,359, qui était le chiffre indiqué mercredi, il est monté en vingt-quatre heures à 2,430. Ce ne sont plus seulement les lits et la place qui font défaut; les hôpitaux ne savent plus où se procurer des gardes-malades.

SOUSCRIPTION POUR UNE STATUE A THÉOPHRASTE RENAUDOT. — Le Conseil général de la Seine vient de voter une subvention de 1000 fr. pour le monument à élever à Théophraste Renaudot, le fondateur du journalisme et des consultations charitables. La souscription publique est ouverte. Adresser les dons à M. le Dr Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune, ou à M. le Dr Marcel Baudouin, 14, boulevard Saint-Germain.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Les hôpitaux militaires à Paris.* — L'évacuation de l'hôpital du Gros-Caillou se fera avant même que la loi votée par la Chambre et soumise au Sénat ait eu tous ses effets par la création d'un hôpital suburbain. Il résulte d'une déclaration faite par M. de Freycinet à M. Arsène Lopin, conseiller municipal, que le ministre aurait l'intention de faire construire immédiatement des baraquements au Val-de-Grâce et à Vincennes : en procédant ainsi, on ne serait pas obligé d'attendre la construction d'un nouvel hôpital pour évacuer l'hôpital du Gros-Caillou.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE. — *Séance annuelle.* — La séance annuelle de la Société d'Hypnologie aura lieu le lundi 11 juillet, sous la présidence de M. le Dr DUMONTPALLIER, à 4 heures 1/2, au Palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. — Ordre du jour. — Communications inscrites : M. le Pr BERNHEIM : *Thérapeutique suggestive, avec applications de la suggestion au diagnostic et au pronostic* ; M. le Dr A. VOISIN : *Le haschich et la suggestion* ; M. le Dr DESJARDIN DE REGLA : *Le haschich* (étude psychologique); M. le Dr BÉRILLON : *Traitement psychothérapique de la morphinomanie* ; M. JULES SOURY : *Un cas d'auto-suggestion scientifique* ; M. le Dr EMILE LAURENT : *Hallucinations collectives suggérées*; M. le Dr NARET : *Obsession passionnelle traitée par suggestion* ; M. le Dr PAUL JOIRE (de Lille) : *Hypnotisme par les miroirs rotatifs*, etc. Présentation de malades. Vote sur l'admission de nouveaux membres. Rapport de M. le Secrétaire général. — Le banquet annuel de la Société aura lieu immédiatement après la séance, à 7 heures, au restaurant Mignon, 110, boulevard St-Germain (en face l'École de Médecine). Prix : 10 francs. Envoyer l'adhésion au banquet à M. le secrétaire général avant le dimanche 10 juillet.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr SALVIAT fils (de Bordeaux), vient de succomber après avoir été tenu éloigné de la pratique médicale par une longue et pénible maladie; il était fils du Dr Salviat, un des plus anciens praticiens bordelais. — M. le Dr ALLIOT (de Meung-sur-Beuvron). — M. le Dr ARTHAUX (de Villecrusnes). — M. le Dr AUBINAIS (de Nantes). — M. le Dr DE LA CUEVA (de Paris). — M. le Dr SOULIGOUX (de Vichy).

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE.— *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux :* M. DÉJERINE, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — Le Dr Auguste VOISIN, le dimanche, à 10 h. du matin.

HÔPITAL DU MIDI. — *Syphiliographie.* — M. le Dr Charles MAURIAC : le samedi à 9 heures 1/2 du matin, à la même heure.

HÔPITAL LAENNEC.—*Clinique chirurgicale* : M. le Dr NICAISE, le samedi à 9 h. 1/2, salle du Musée.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 29. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 16 JUILLET 1892.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Contribution clinique à l'étude de la névrite paludéenne ;

par le Dr COMBEMALE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Dans l'étiologie de la névrite, de la névrite sciatique en particulier, les auteurs classiques ne font pas entrer en ligne de compte l'impaludisme chronique. C'est ainsi que Grasset (1) ne rapporte qu'en note et sans paraître y attacher toute l'importance qu'il mérite, un cas de Pitres et Vaillard qui constatèrent, dans le cours d'une leucocythémie développée à la suite de l'impaludisme, une névrite des deux mentonniers qui avait entraîné l'anesthésie douloureuse de la région correspondante, avec ulcération de la lèvre inférieure. C'est ainsi encore que Kelsch et Kiener (2), dans les manifestations que l'intoxication paludéenne chronique entraîne du côté du système nerveux, ne notent dans leur collection d'observations que des névralgies persistantes dans le nerf sciatique et s'expriment ainsi sur la paralysie palustre persistante ou transitoire : « Les exemples en sont d'ailleurs rares dans la littérature médicale et le deviendront peut-être davantage au fur et à mesure que nos connaissances en pathologie nerveuse acquerront plus de précision. » Enfin Laveran (3), pas plus que Weir Mitchell (4), ne signalent l'impaludisme au nombre des causes possibles de névrite. Déjerine Klumpke (5) ne leur accorde pas davantage d'importance.

D'après ces quelques citations empruntées aux auteurs qui font autorité en la matière, il est facile de se rendre compte que l'impaludisme chronique n'est guère considéré, parmi les neuropathologistes et les classiques en matière de fièvres intermittentes, comme susceptible d'amener dans les nerfs les lésions qui traduisent cliniquement la névrite. Cette opinion est-elle sans appel ? Et pour qu'elle ait été énoncée comme le font Kelsch et Kiener, ou bien pour qu'elle n'ait obtenu aucune mention de Grasset, Weir Mitchell, etc., les cas sont-ils rares ou bien n'est-il pas possible de les interpréter à la lumière des connaissances que l'on possède sur les névrites dont l'étiologie est différente ?

Les faits ne manquent pas. Des névrites de nature paludéenne ont été observées par Singer (6), par Macnamara (7), par Boinet et Salebert (8), et par d'autres auteurs que je ne puis citer dans cette courte bibliographie. Dans ce dernier mémoire en particulier on reconnaît sans difficulté plusieurs cas de névrite que les auteurs ont classés sous une autre rubrique. Il n'y a donc pas pénurie de cas de névrite malarique dans la littérature médicale, et n'y aurait-il qu'un cas bien observé, celui de Pitres et Vaillard, par exemple, l'existence de cette cause de névrite ne devrait pas être méconnue ou passée sous silence (1).

Si ces cas existent, indubitables et fréquents, leur interprétation ne nous apparaît pas plus difficile que celle des autres névrites. L'impaludisme est pour tout le monde d'essence parasitaire : les hématozoaires de Laveran ont conquis droit de cité dans la science. Comme les autres microorganismes, causes de maladies, ils sécrètent des produits toxiques dont l'action sur les tissus, encore qu'hypothétique, doit être prise en sérieuse considération ; ces hématozoaires ne transforment-ils pas, du reste, l'hémoglobine du sang en des pigments ? Produits toxiques réagissant sur les cordons nerveux ou embolies pigmentaires amenant à la longue la névrite parenchymateuse ou interstitielle, n'est-ce pas le mécanisme de la pathogénie des névrites, qu'elles soient toxiques (plomb, alcool, mercure, arsenic) ou infectieuses (tuberculose, tétanos, rhumatisme, etc.).

Les auteurs précités ne font du reste aucune difficulté pour rapporter à l'impaludisme des troubles du système nerveux central tels que aphasie, troubles intellectuels, paralysie corticale et médullaire, troubles moteurs divers. Pourquoi cette même cause, si féconde en troubles du côté des centres nerveux, n'agirait-elle pas sur les troncs nerveux ou les extrémités nerveuses ?

A l'appui de cette conception que les meilleurs esprits n'acceptent pas encore, de l'influence de l'impaludisme chronique sur les lésions organiques des conducteurs nerveux périphériques, nous apportons un nouveau fait clinique, une observation recueillie avec soin et rigoureusement étudiée qui nous paraît devoir emporter la conviction.

« Le nommé St..., Charles, âgé de 42 ans, surveillant de filature, entre le 7 avril 1890 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le Pr Hallez, salle Sainte-Catherine, n° 4.

On note dans ses antécédents héréditaires la mort de son père à 37 ans d'un ulcère stomacal, de l'un de ses frères vers 12 ans d'ostéomyélite. Il est père de neuf enfants en bonne santé.

Ses antécédents personnels se résument dans ce fait que l'impaludisme l'a fait souffrir pendant dix ans avec une ténacité désespérante. Soldat en Afrique, dans la

(1) Grasset. — *Traité des maladies du système nerveux*, 3e édition, p. 604.

(2) Kelsch et Kiener. — *Traité des maladies des pays chauds*, 1889, p. 580.

(3) Laveran. — *Traité des fièvres palustres*.

(4) Weir Mitchell. — *Des lésions des nerfs*.

(5) Déjerine-Klumpke. — *Des polynévrites en général et des atrophies et paralysies saturnines en particulier*, thèse Paris, 1888.

(6) Singer. — *Affections du système nerveux (polynévrite) après la malaria.* (*Société méd. all. Prague*) in *Sem. médicale*, 1887, p. 238.

(7) Macnamara. — *Névrite malarique et neuro-rétinite. British med. journal*, 1890, p. 540.

(8) Boinet et Salebert. — *Des troubles moteurs dans l'impaludisme. Revue de médecine*, 1889, p. 933.

(1) V. à ce sujet l'excellente bibliographie de MM. Boinet et Salebert, *loco citato*.

Y joindre : a) Teissier. — *Troubles nerveux lointains consécutifs au paludisme. Bull. méd.* 1890, p. 397.

b) Lemoine et Chaumier. — *Des troubles psychiques de l'impaludisme. Ann. méd. psychol.*, 1886, p. 177.

c) Bérillon. — *Gangrène symétrique des extrémités, d'origine palustre. Sem. méd.*, 1886, p. 342.

d) Féraud. — *Du paludisme à Madagascar*. Thèse Montpellier 1887.

province de Constantine, il est en 1865 pris de fièvres paludéennes continues au bout de 5 mois de colonne, et, dans cette campagne, à peu près tout l'effectif fut pris de manifestations malariques. Durant quinze mois, cet homme eut son accès quotidien, à part de très rares moments de répit, pas plus d'une semaine par mois, prétend-il. Rentré à Bône, ce n'est plus qu'un mois sur deux que notre malade souffre de son impaludisme qui a revêtu le caractère intermittent. Revenu en France au moment de la guerre de 1870, le type continu réapparaît et les intervalles de repos deviennent plus rares. En 1876, les accès de fièvre cessent et n'ont plus apparu depuis. Pendant dix ans donc, St... a été sous le coup de l'impaludisme, qui s'est montré chez lui sous une forme sévère, mais sans localisation. Ajoutons à ces antécédents personnels cet autre renseignement qu'en 1881 cet homme a travaillé pendant trois mois dans une fabrique de céruse et que les coliques saturnines l'ont forcé à cesser ce travail.

Depuis 1881, St... est surveillant dans une filature ; ce métier fort fatigant l'oblige à rester debout pendant seize heures de la journée. Aussi, il y a trois ans, en 1887, dit-il, ses pieds enflèrent et devinrent douloureux, mais les articulations n'étaient point prises ; ce fut là un phénomène de tout point semblable à celui que nous avons observé pendant son passage dans notre service au niveau de ses poignets et que nous décrirons plus loin. Forcé d'interrompre son travail pendant quelque temps, il reprend, après amélioration, le même emploi dans une autre filature et peu de temps après se voit obligé de cesser son service pour le même motif que ci-dessus. Il se fait employer alors à trier les paquets de fil de lin, et alors ce sont ses deux mains qui enflent et deviennent douloureuses, en même temps que son pied droit est pris.

Quelques jours après l'entrée du St... à l'hôpital, appelé à suppléer M. le Pr Hallez, nous trouvons le malade dans l'état suivant. S'il est calme, au repos, dans son lit, il ne souffre pas. Mais dès qu'on le fait marcher, dès qu'il plie les jambes, il ressent au niveau des articulations des membres inférieurs, des tibio-tarsiennes en particulier, et aussi dans les muscles des cuisses des douleurs assez vives ; ces douleurs se montrent aussi dès qu'on presse tout autour de la cheville. Un examen plus approfondi nous montre aux chevilles que la peau est un peu œdématiée, rosée, légèrement chaude ; en outre, les masses musculaires des mollets, des cuisses, des fesses, sont un peu flasques, bien certainement diminuées de volume, et si la force musculaire ne paraît pas sensiblement diminuée, il est difficile au malade de se tenir debout sur l'une ou l'autre jambe. Bien plus, nous découvrons de l'un et de l'autre côté des signes indubitables de la sciatique ; la plupart des points douloureux y sont : point lombaire, point ischiatique, point trochantérien, point fessier, point poplité, point rotulien, point soléaire, point malléolaire, le membre inférieur droit étant plus particulièrement atteint. Les recherches électriques pratiquées par notre excellent ami, le professeur agrégé Doumer, vinrent quelques jours après confirmer le diagnostic de névrite que nous avions dès lors : la contractilité musculaire au courant faradique était diminuée, la contractilité au courant galvanique était à peine affaiblie. Ce diagnostic posé, nous recherchâmes dans les membres supérieurs s'il n'existait pas de semblables altérations des nerfs, et nous n'en trouvâmes pas. La sensibilité des membres inférieurs était du reste intacte, à l'exception de la jambe droite où l'on pouvait se demander s'il n'y avait pas légère hyperesthésie. Les réflexes rotuliens étaient normaux, et la trépidation épileptoïde fut vainement recherchée ; enfin, la pression des apophyses épineuses n'était pas douloureuse.

L'examen des organes splanchniques ne fit rien découvrir d'anormal : les poumons, le cœur, l'estomac, l'intestin, le foie étaient sans lésions. Au niveau de la rate on trouvait, signe à l'appui de son dire d'impaludisme grave et invétéré, des traces de nombreuses ventouses scarifiées posées à diverses reprises et l'organe se montait à la percussion un peu hypertrophié. L'examen des urines révéla un volume quotidien un peu supérieur à la normale (2 litres en moyenne), une excrétion d'urée normale, des traces d'albumine. Ajoutons, pour être complet, qu'il y avait, à un faible degré, de l'anémie des muqueuses et une faible coloration subictérique des conjonctives.

Tel se présentait à notre examen ce malade : pendant les deux mois qu'il passa dans le service il survint des signes non équivoques de névrite, diagnostic que le succès du traitement ne fit que confirmer.

Le 13 mai 1890, à la visite, et malgré le sulfate de quinine qui n'avait rien amélioré, au contraire qui avait affligé le malade d'une surdité persistante, St... nous montrait ses deux poignets gonflés, douloureux, faiblement rouges et chauds : « C'est ainsi, nous dit-il, que mes chevilles et mes poignets ont été déjà pris. » La limite de cet œdème douloureux cutané se trouvait à quelques centimètres au-dessus et au-dessous de l'articulation ; on constatait, de plus, une tumeur en tout analogue à la tumeur dorsale du poignet de Gubler. Cet état s'accompagnait de démangeaisons qui forçaient le malade à se gratter ; ce prurit donnait lieu à des phlyctènes ressemblant à s'y méprendre à de l'urticaire. Le lendemain, le poignet gauche était seul douloureux à l'occasion de mouvements ; le 15 mai, au niveau du poignet et du tiers inférieur de l'avant-bras droit réapparaissent les mêmes phénomènes. Le sulfate de quinine ayant été suspendu depuis plusieurs jours, cet œdème et ce prurit ortié ne pouvaient être mis sur le compte de ce médicament. Après cinq jours, le malade ne souffrait plus, l'œdème avait disparu.

Le 4 juin, St... présenta de nouveau des phénomènes analogues : l'éminence hypothénar droite devient enflée, douloureuse, rouge, et, trois jours après, tout disparaît.

Nous ne fîmes aucune difficulté pour admettre que c'était là des troubles trophiques, comme on en rencontre au cours de certaines névrites, et pour en conclure que les douleurs et les œdèmes analogues observés aux jambes étaient de même nature et avaient même signification.

« Le traitement, après la tentative inutile d'amélioration par le sulfate de quinine, consista en applications électriques. Notre ami, le Dr Doumer, fit douze séances, de deux minutes chacune, de galvanisation par courants ascendants du nerf sciatique aux trois points suivants : ligne du fessier, creux poplité, au-dessous des jumeaux, avec une intensité moyenne de dix milliampères. Ce traitement fut à chaque séance complété par la faradisation à l'électrode humide, pendant cinq minutes chaque fois, des muscles atrophiés. Dès la quatrième séance, le malade accusa un mieux sensible ; l'amélioration s'accentua jusqu'à la guérison à peu près complète, et au moment de l'exeat du malade (18 juin 1890), bien qu'il restât un peu d'atrophie

du fessier droit et des muscles de la cuisse, il lui était possible, non seulement de se tenir debout plusieurs heures de suite, mais encore de descendre sans douleur un escalier, ce qui lui était impossible auparavant, et était devenu le critérium de l'amélioration croissante. »

En résumé, cette observation nous montre un malade fortement impaludé, ainsi qu'en font foi dix années d'accès de fièvre continue ou intermittente, faisant de la névrite des quatre membres, ainsi qu'en témoignent les parésies motrices, les phénomènes douloureux, les troubles trophiques aussi bien que l'électro-diagnostic et les bons résultats qu'a donnés le traitement électrique.

Cette névrite était-elle bien de nature paludéenne, et n'aurions-nous pas été en présence d'une polynévrite survenant chez un paludéen ? Nous répondrons affirmativement pour la première question.

Quelle cause pourrait-on invoquer, en effet, pour expliquer l'apparition de cette névrite ? Le saturnisme, dira-t-on, a forcé le malade à suspendre son travail dans une fabrique de céruse. Mais, à s'en rapporter à l'observation, ces accidents saturnins datent de six ans avant les premiers symptômes de névrite ; et, du reste, trois mois d'intoxication plombique ne sont pas suffisants pour amener de pareils phénomènes des conducteurs nerveux, nous en attestons le travail de M. Klumpke-Déjerine.

Le surmenage musculaire lui-même, auquel ce malade était soumis de par son métier de surveillant de fabrique, ne peut cliniquement ou expérimentalement à lui seul amener l'apparition de cette névrite ; nous reconnaissons cependant qu'elle a joué un rôle, celui d'agent provocateur dans le moment d'apparition des phénomènes névritiques, mais à cela seul se réduit l'importance pathogénique de la fatigue dans le cas qui nous occupe (1).

C'est donc par exclusion que nous nous prononçons dans le sens ci-dessus indiqué. Resterait à démontrer que cette névrite n'est pas simplement une névrite banale, ayant évolué chez un paludéen. Nous ne pensons pas qu'il en ait été ainsi chez notre malade.

On serait en droit d'objecter que le sulfate de quinine, ce spécifique de l'impaludisme, n'a en aucune façon amélioré l'état de St... Mais, à raisonner par analogie, on s'apercevra vite que cette objection n'est pas sérieuse ; le traitement mercuriel et ioduré améliore-t-il les syphilitiques qui doivent à leur syphilis des lésions nerveuses centrales ou périphériques ? Si tant est que la médication antisyphilitique aboutisse à un résultat dans ces cas, l'effet produit est un effet de suspension dans la marche progressive de la maladie. De même, pensons-nous, et des faits empruntés au travail de Boinet et de Salebert viendraient confirmer cette opinion, le sulfate de quinine ne saurait agir sur une lésion matérielle, sur un processus organique établi, tel que l'est une névrite aussi nette que chez St...

Cette objection tirée des effets thérapeutiques indifférents de la quinine étant réfutée, il s'en présente une autre : à quels caractères reconnaître une névrite paludéenne ? Il nous est actuellement impossible d'y répondre ; anatomiquement ou cliniquement, nous n'avons pas de signes particuliers à la névrite paludéenne. Mais, si nous ne nous abusons, les autres causes de névrite n'impriment pas à la séméiologie et à l'anatomie pathologique de cette altération des troncs nerveux des caractères spéciaux et le clinicien pas plus que l'anatomo-pathologiste ne sauraient, sans le secours des commémoratifs étiologiques, différencier la névrite saturnine ou alcoolique de la névrite tuberculeuse, voire même de la névrite *a frigore*, si tant est que cette dernière existe réellement comme entité.

Malgré toutes les objections ci-dessus, auxquelles nous croyons du reste avoir suffisamment répondu et surtout pour la raison que cette névrite ne peut pas étiologiquement être d'une nature autre que de nature paludéenne, nous avons conclu à un cas de névrite paludéenne et nous proposons d'ajouter ce cas aux quelques observations déjà publiées sur ce sujet.

La question des rapports de l'impaludisme chronique et des polynévrites trouvera d'autres défenseurs, notre seule ambition est d'avoir apporté dans le débat un fait de plus, précis et démonstratif.

(1) Voir au sujet de l'importance pathogénique de la fatigue la remarquable communication de MM. Charrin et Roger à la *Société de Biologie*, séance du 18 janvier 1890.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — *Congrès de Pau* (15-22 septembre 1892). — Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences doit se réunir à Pau du 15 au 21 septembre 1892. M. Demons, appelé à présider cette année la 12e section (Sciences médicales), serait heureux de connaître *le plus tôt possible* les titres des mémoires ou communications qu'on a l'intention d'y présenter, afin que le programme de la session qui paraîtra très prochainement en contienne l'indication. — Prière d'adresser les réponses à M. le Secrétaire du Conseil, 28, rue Serpente, à Paris.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. — Le congrès des médecins aliénistes de France, qui se tiendra cette année à Blois, s'ouvrira le lundi 1er août. Différentes questions fort intéressantes y seront discutées, notamment le *secret médical* en médecine mentale et les *colonies d'aliénés*.

FALSIFICATION DES ORANGES. — On signale la mise en vente, dans les rues de Paris, d'oranges colorées artificiellement. Ce sont des oranges dites sanguines, qui ne le sont que de nom, leur pulpe étant dépourvue de la coloration qui caractérise cette espèce. La coloration du zeste est produite, d'après M. Barillé, par une solution aqueuse d'*écarlate de Biebrich* dérivé azoïque de l'amidebenzol, que l'on obtient en ajoutant du diazobenzol à une solution acide de naphtol β. Ce rouge de Biebrich, ou roccelline, n'est pas toxique, mais cette singulière industrie des oranges colorées artificiellement n'en constitue pas moins une tromperie sur la nature et la valeur de la chose vendue. (*Rev. scient.*)

UN REMÈDE DOIT PRODUIRE L'EFFET PROMIS. — Un très curieux procès s'est jugé récemment à Londres. Une compagnie s'était fondée pour exploiter : « La poire à vaporisation d'acide carbonique » dont les effets hygiéniques et antiseptiques devaient être merveilleux. La compagnie promettait 100 livres (2.500 fr.) à quiconque serait capable d'avoir l'influenza après avoir acheté et employé la fameuse poire. Une dame, Mme C... fit l'acquisition du talisman et attrapa l'influenza tout comme une autre. Elle demanda ses 2,500 francs. Le juge a condamné ladite compagnie aux frais du procès et à payer 2,500 francs à Mme C... En voilà une à qui l'influenza aura rapporter quelque chose !

OBSERVATOIRE MÉTÉOROLOGIQUE DU MONT-BLANC. — La commission de l'Observatoire du Mont Blanc vient de confier la direction de ce nouvel établissement météorologique à notre vaillant ami, M. G. Capus, docteur ès sciences, l'explorateur bien connu par ses voyages en Asie centrale et ses travaux estimés sur la géographie des hauts plateaux et du Pamir en particulier. Nos plus vives félicitations à notre savant collaborateur.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont nommés *médecins principaux de 1re classe* et maintenus à leur poste actuel les médecins principaux de 2e classe : Flament, chef de l'hôpital de Châlons ; Richon, chef de l'hôpital de Besançon. Barthélemy, directeur à Constantine. *Médecins principaux de 2e classe*, les médecins-majors de 1re classe : Crussard, de l'hôpital de Vannes, Poignon, de l'école de Saint Cyr, envoyé médecin-chef à l'hôpital de Verdun ; Millet, médecin-chef à l'hôpital de Reims. — M. Moullade, pharmacien-major de 1re classe au 11e corps, est nommé *pharmacien principal de 2e classe* et désigné pour Alger.

*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le traitement chirurgical de la Dilatation gastrique.

Tous ceux qui ont suivi des malades opérés de cholécystostomie ou lu un certain nombre d'observations complètement prises de fistules biliaires spontanées ont pu remarquer un fait extrêmement intéressant : Toutes les fois que la vésicule biliaire est restée fistuleuse un certain temps, elle s'est transformée peu à peu en un cordon creux et régulièrement cylindrique, comparable au canal cystique ou au canal cholédoque. Alors on ne la distingue plus qu'avec difficulté du canal cystique, auquel elle fait suite sans transition bien marquée.

Il résulte de là que, même dans les cas où elle était au préalable dilatée, ainsi qu'il arrive quand des calculs biliaires ont obstrué son conduit d'évacuation, le cystique, elle *s'atrophie notablement.* Cela simplement parce que, désormais, elle n'a plus aucun rôle de réservoir à jouer. Elle n'est plus, après création d'une bouche cutanée ou formation d'un orifice de déversement à l'extérieur, qu'un canal de dérivation où le liquide biliaire circule avec une lenteur de plus en plus grande, du moins quand il n'y a pas d'obstacle au niveau du cholédoque.

Or, il nous semble qu'on est autorisé à conclure de cette importante constatation que si l'on crée au niveau d'un réservoir dilaté une voie de dégorgement qui persistera un certain temps, on a quelques chances d'amener une diminution dans la capacité, normale ou agrandie d'une façon pathologique, de ce réservoir. C'est ce que pense, d'ailleurs, un de nos maîtres avec lequel, récemment, nous devisions de ces choses à bâtons rompus; et je ne crois pas trop m'avancer en faisant remarquer qu'il est peut-être le premier à avoir formulé cette opinion.

On pourrait donc, dès aujourd'hui, se basant sur ce raisonnement, qui n'a pour fondement que la pure observation clinique, etre autorisé, ce nous semble, à faire, dans certains faits de *dilatation de l'estomac* avec ou sans gastrite chronique, une *gastrostomie temporaire* (1), une fistule stomacale au moins dans les cas désespérés, c'est-à-dire dans tous ceux où le traitement médical serait resté insuffisant !

On m'objectera, de suite, que la dilatation stomacale n'est pas une maladie et que, partant, point n'est besoin de s'attaquer au symptôme ; que, la cause étant d'ordre purement médical, la chirurgie n'a rien à voir en pareille matière, etc. etc...

Cela est bien évident : mon raisonnement ne vaut qu'à condition de considérer la dilatation en elle même. Aussi bien certains chirurgiens l'ont-ils ainsi compris, puisqu'ils ont été jusqu'à proposer la *résection partielle de l'estomac, la plicature de ses parois* dans les affections de ce genre.

Mais je ne veux pas ici être plus royaliste que le roi et essayer d'introduire moi-même la chirurgie là où des princes de la science ne l'ont point encore fait entrer : je ne veux pas davantage discuter sur ce point : et je n'émets aujourd'hui cette opinion qu'uniquement pour voir ce qu'en penseront mes confrères.

Pourtant je voudrais bien dès maintenant présenter encore quelques considérations sur ce même ordre d'idées, car je pense qu'on pourrait opposer à la dilatation gastrique, avec ou sans gastrite chronique, une autre opération, aussi bénigne aujourd'hui que la gastrostomie temporaire, mais moins désagréable pour le patient : je veux parler de la *gastro-entérostomie.*

Ce qui peut me permettre, je crois, d'émettre une pensée aussi révolutionnaire, c'est une constatation anatomo-pathologique de même nature que celles dont je rappelai plus haut tout l'intérêt : C'est ce qui se produit chez les sujets sur lesquels on a pratiqué la cholécystentérostomie. Je renvoie, pour les détails, à la thèse de mon excellent camarade, M. le Dr Henri Delagenière (du Mans) (1) et aux travaux qui l'ont suivie (2), où l'on trouvera plusieurs cas qui montrent ce qui suit : Toutes les fois qu'on abouche la vésicule biliaire dans l'intestin, à la longue la vésicule se transforme en canal et sa cavité disparaît.

Si donc j'ai affaire à une dilatation prépylorique de l'estomac, du même type, par exemple, que celle qui a été figurée par M. Mathieu dans un récent mémoire (3), et si je fais une gastro-entérostomie postérieure, par la méthode de von Hacker, entre l'antre pylorique dilaté et la grande cavité précardiaque, j'ai des chances de voir diminuer de capacité une partie du réservoir qui, désormais, ne jouera plus qu'un rôle secondaire. N'oublions pas que, dans le cas particulier, il y avait un ulcère rond à 2 centimètres du pylore et que si l'on était intervenu de la sorte chez le malade de M. Mathieu, à une certaine époque, on aurait peut-être obtenu la guérison de l'ulcère. Tout ce que l'on sait aujourd'hui sur les résultats de la gastro-entérostomie, lors d'ulcération juxta-pylorique, plaide du moins dans ce sens.

De plus, la gastro-entérostomie aurait sur une gastrostomie, qu'on établirait pour quelque temps, l'immense avantage de ne causer aucune infirmité temporaire, désagréable, plus ou moins comparable... à un anus contre nature ; et elle constituerait une 2e voie de sortie d'un accès bien plus facile que l'orifice pylorique, souvent énergiquement contracturé. Nous ne voulons pas insister d'avantage pour l'instant et nous nous bornons à ces quelques considérations que nous développerons peut-être un jour.

On dira, certes, que c'est aller un peu loin que de comparer ainsi vésicule et estomac ; nous n'en disconvenons pas. Mais, en matière de chirurgie humaine et en matière d'adaptation d'une opération donnée à une affection encore mal connue dans ses origines, il n'y a pas moyen de raisonner autrement que par analogie.

Quand tout plaide dans le même sens et quand il s'agit d'opérations qui ont fait leurs preuves dans d'autres maladies, d'opérations qui sont reconnues être d'une faible gravité quand elles sont bien exécutées (4), on est, nous semble-t-il, parfaitement autorisé à les tenter, le cas échéant, en face des insuccès croissants de la médecine. Vouloir que le chirurgien suive toujours les mêmes errements, c'est le condamner à ne jamais rechercher l'extension du domaine de son art. Il faut être élève avant de devenir un maître, écrire de mauvaises tragédies avant de faire des chefs-d'œuvre. Il ne faut donc pas s'étonner de voir des expérimentateurs tâtonner à leurs débuts et sortir parfois des limites classiques. Il

(1) La fistule permettrait d'agir en outre directement sur la muqueuse gastrique.

(1) H. Delagenière. — *De la cholécystentérostomie*, 1890.

(2) F. Terrier. — *Des opérations sur les voies biliaires* (*Congrès de Chirurgie*, 1892, in *Progrès Médical*, 1892.

(3) A. Mathieu. — *Hyperchlorhydrie avec hypersécrétion continue; ulcère rond latent; mort par perforation; estomac vertical avec dilatation très marquée de l'antre prépylorique; gastrite;* in *Arch. génér. de méd.*, mai 1892, p. 525.

(4) Voir les remarquables mémoires parus récemment sur ce sujet dans le premier numéro des *Archives provinciales de Chirurgie* (juillet 1892).

faut surtout leur pardonner, si un jour, par malheur, ils viennent à se tromper de chemin, en devançant leurs collègues de quelques milles sur une voie qu'ils croient être celle du progrès. Ceux qui veulent qu'il en soit autrement sont certainement dans l'erreur. M. BAUDOUIN.

Une nouvelle Revue de Chirurgie française : Les Archives provinciales de Chirurgie.

Une nouvelle publication a paru cette semaine sous le titre significatif d'*Archives provinciales de Chirurgie*. Elle a été conçue par un groupe de jeunes chirurgiens exerçant aujourd'hui en province. Presque tous chargés d'importants services hospitaliers dans les plus grandes villes de France, les fondateurs de cette revue, indiscutable tentative de décentralisation chirurgicale, ont voulu faire acte de vitalité et montrer que, quoique éloignés à tout jamais du grand foyer scientifique français, ils n'ont point perdu encore l'habitude de songer aux choses de la Science. Désirant mettre en commun des forces vives, qui, isolées les unes des autres, sans signe de ralliement et sans bannière, courraient risques de demeurer longtemps improductives, ils ont créé ces *Archives de Chirurgie* dans le but de publier leurs travaux personnels et de contribuer par là-même au développement de l'art chirurgical dans notre pays.

On nous permettra de citer quelques passages de la préface du Rédacteur en chef, car ils montrent bien quelles sont les tendances de cette importante publication.

« Aussi bien le moment semble-t-il propice pour déployer en France une nouvelle bannière chirurgicale et tenter de grouper autour de sa hampe tous ceux que ne laissent pas indifférents les progrès de la chirurgie moderne. La merveilleuse évolution de la presse médicale hebdomadaire, toujours à l'affût du nouveau, rend de plus en plus difficile la publication dans les « gazettes » connues des mémoires de longue haleine. Il faut absolument recourir à des revues spéciales moins exigeantes, disposant d'espaces étendus. . Or, en ce qui concerne la Chirurgie, les revues sont loin d'être nombreuses et suffisantes. Nos voisins, au contraire, ces concurrents terribles en matière de publications de premier ordre, en sont abondamment pourvus. Aussi, en raison du subit et remarquable essort que vient de prendre la chirurgie française, a-t-il semblé à tous les jeunes chirurgiens de province nécessaire de créer un débouché nouveau pour les travaux de ceux qui cultivent cet art si attachant avec un amour sans mélange. »

Les *Archives provinciales de Chirurgie*, organisées de la sorte, répondent, pensons-nous, à un réel besoin. Largement ouvertes à tous les chercheurs aussi bien qu'à tous les praticiens et à tous les jeunes élèves des hôpitaux de langue française, elles offriront, nous en sommes convaincu, l'hospitalité la plus cordiale à tous ceux qui voudront bien lui adresser des mémoires. La Rédaction du *Progrès Médical* tout entière, qui de tout temps a plaidé la cause de la décentralisation professionnelle, ne peut qu'applaudir à une aussi vaillante tentative et fait les vœux les plus sincères pour sa prompte réussite. A. R.

L'ASSAINISSEMENT DE TOULON. — M. le Dr Sambuc, maire de Toulon, que le conseil municipal avait délégué à Paris pour y hater la solution de diverses questions locales, a vu MM. Roche, Loubet. Chez le président du conseil, ministre de l'interieur, et chez M. Jules Roche, ministre du commerce, le maire a rencontré le plus vif désir de favoriser l'exécution rapide de l'assainissement de Toulon. A cet effet, M. Bechmann, chef du service de l'assainissement de la Seine, se rendra à Toulon vers le 14 juillet, pour étudier sur place les divers modes d'assainissement de la ville.

L'ÉTAT SANITAIRE A LONDRES — Il n'y a pas actuellement moins de 2,500 malades atteints de fièvre scarlatine et de diphtérie dans les hôpitaux de Londres. En un seul jour, vendredi dernier, 132 nouveaux malades ont dû être admis. Le camp de Gore Farme a eté muni de lits, de manière à pouvoir recevoir des malades.

UNE ÉPIDÉMIE DE COQUELUCHE. — Une épidémie de coqueluche s'est déclarée parmi les élèves du petit séminaire de Bordeaux. Les élèves ont été licenciés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 juillet 1892. — PRÉSIDENCE DE M. D'ABBADIE.

M. VERNEUIL. — *Nouvelle note pour servir à l'histoire des associations morbides : anthrax et paludisme.* Certaines propathies très répandues : malaria, syphilis, diabète, alcoolisme, etc., exercent fréquemment une action généralement fâcheuse sur les épipathies locales ou générales, externes ou internes. Cette notion intéresse au plus haut point la thérapeutique qui doit toujours en tenir compte, car s'il est utile de lutter contre la maladie récente, il est souvent indispensable, sous peine d'insuccès, de combattre simultanément l'état morbide antérieur.

M. CHABRIÉ. — *Sur le passage des substances dissoutes à travers les filtres minéraux et les tubes capillaires.* Lorsqu'on fait traverser à une solution albumineuse un tube très fin, on observe les phénomènes suivants : D'abord, passage d'une solution moins riche en albumine que la solution primitive et enrithènement proportionnel de la solution contenue dans le réservoir ; ensuite passage de la solution ainsi concentrée ou arrêt de l'écoulement si le pourcentage en albumine devient trop fort. C'est ce qu'on observe aussi en filtrant du sérum à travers la terre poreuse ; il arrive un moment où le sang ne filtre plus. Ces faits prouvent que le passage relativement lent de l'albumine à travers les espaces capillaires tient bien à la grandeur absolue de sa molécule. Si l'on se sert pour ces expériences, non plus d'albumine, mais de solution d'une matière colorante à poids moléculaire élevé comme le rouge congo (poids moléc. de 826), ou d'une solution d'urée (dont le poids moléculaire est très faible), on constate que les différentes parties successivement recueillies sont dans ces deux cas également concentrées. Il faut donc, pour observer les phénomènes relatés, que le poids moléculaire soit déjà beaucoup plus élevé que 1.000 et sans doute voisin de 10.000 à 15.000, nombres entre lesquels paraît être compris le poids moléculaire de l'albumine. MORAX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 juillet 1892. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

M. MAGITOT fait une communication sur l'*hystérie chez les nouveau-nés.* — A propos du rapport de M. Ollivier, lu dans l'avant-dernière séance, il fait remarquer tout d'abord que ce terme l' « *hystérie chez les nouveau-nés* » n'est qu'une nouvelle étiquette donnée par l'auteur du mémoire à une grande catégorie d'accidents de la première dentition, les accidents convulsifs ou l'éclampsie. M. Magitot, rappelant ensuite ses recherches personnelles sur les *maladies dites de dentition* chez l'homme, puis la thèse d'un de ses élèves, M. Levèque, les études de M. Comby, médecin des hôpitaux de Paris, celles de plusieurs autres auteurs modernes, M. Chaumier et M. Ollivier lui-même, etc., entreprend le procès à fond de cette interprétation purement empirique qui rattache à la première dentition le plus grand nombre des maladies de l'enfance, en vertu d'une croyance qui s'est transmise depuis les temps hypocratiques jusqu'à nos jours. Cette croyance, entretenue par de grandes autorités, celle de Hunter Sydenham et tous les classiques, est passée ainsi à l'état de légende. Les conclusions de M. Magitot, en tous points conformes à celles du rapport de M. Ollivier, se terminent par ce vœu : « Que les maladies dites de dentition, chez l'homme, disparaissent définitivement du cadre de la nosologie médicale. »

M. CORNIL lit un travail de MM. V. et A. Babès (de Bucarest) sur *un nouveau principe appliqué à la stérilisation de l'eau.* En présence de la difficulté qu'on a à obtenir de l'eau stérilisée soit en petite quantité, comme dans les ménages, soit en grande, comme pour l'alimentation

des villes, les auteurs ont fait des expériences sur les moyens de rendre l'eau stérile et claire tout en lui conservant ses propriétés agréables au goût et rafraîchissantes. Le filtre Meignen, répandu en France et en Angleterre, laisse passer les germes. Ils ont recherché quelles substances pouvaient stériliser l'eau le plus efficacement dans les filtres. Leurs recherches ont été faites sur des filtres dans l'eau desquels ils ont ajouté de l'alun, ou du carbonate ou du sulfate de fer. Ils ont aussi reconnu qu'on peut obtenir la précipitation des matières corpusculaires de l'eau par des substances appropriées. En laissant l'eau dans des appareils où se trouve de la limaille de fer en contact avec un courant d'air, on obtient facilement une grande quantité d'eau stérile, et décantée au bout de 24 heures on constate qu'au lieu de 1,200 ou 1,300 germes qu'elle contenait, elle n'en renferme plus que 20 par centimètre cube. Cette eau, grâce à l'acide carbonique provenant de la décomposition du carbonate de fer, est un peu acide; elle est rafraîchissante et ne contient pas de fer.

Ils ont essayé de construire un appareil utilisable dans les ménages en se basant sur ces principes, et dont ils donnent une description provisoire.

ELECTION *d'un membre titulaire*. — Sur 74 votants obtiennent : M. *Grancher* 46 voix (*élu*); M. A. Voisin, 27 voix. Bulletin blanc 1.

ELECTION *d'un membre correspondant national* dans la section de médecine. — La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Liétard (de Plombières); 2° et *ex æquo* MM. Costa (d'Ajaccio), Laënnec (de Nantes), Laget (de Bordeaux). P. SOLLIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. DESNOS.

M. VARIOT lit : 1° une note sur l'*emploi de la plume électrique d'Edison pour faire des scarifications superficielles de la peau* ; 2° une communication *sur un cas de rhumatisme articulaire chronique ankylosant et déformant ayant débuté dans l'enfance et continué son évolution pendant l'adolescence et l'âge adulte.* L'affection a débuté dans l'enfance par des attaques franchement aiguës et a pris plus tard des allures chroniques avec des caractères tout à fait spéciaux. Le malade est âgé de 20 ans ; la première attaque de rhumatisme articulaire aigu, précédée d'une angine, eut lieu à 10 ans. Toutes les articulations furent prises. Les attaques plus ou moins aiguës se succédèrent pendant 18 mois ; à cette époque, il survint une déviation du bassin avec adduction de la cuisse gauche sans flexion. On tenta plus tard le redressement de ce membre. A 14 ans, nouvelle attaque de rhumatisme aigu qui se généralisa. A partir de 16 ans, les douleurs cessèrent d'être aiguës, mais les jointures s'ankylosèrent et se déformèrent ; la marche devint tout à fait impossible. Enfin, depuis un an, le malade est atteint de tuberculose pulmonaire. Actuellement, le malade est pâle, amaigri, les membres sont très atrophiés et les articulations d'autant plus saillantes. La marche est possible avec des béquilles, mais les membres inférieurs sont rigides et sont projetés en avant, simultanément. La station est impossible à cause de la soudure des articulations coxofémorales. Le bord externe du pied repose sur le plan du lit, la courbure plantaire est exagérée. Les pieds décrivent une sorte de demi-cercle à concavité externe ; tous les orteils sont déviés en dehors. Le groupe antéro-externe des muscles de la jambe est moins atrophié que les fléchisseurs. Les articulations de la première et de la deuxième phalanges sont en extension forcée. On perçoit des craquements dans les articulations des doigts de pied. Les deux genoux sont ankylosés. L'atrophie est très marquée à la cuisse. Les mouvements de la mâchoire inférieure sont limités ; la paume de la main est très excavée ; les articulations carpo-métacarpiennes et métacarpo-phalangiennes sont ankylosées ; le malade se sert de sa main comme d'une pince. Les articulations des phalanges sont plus ou moins ankylosées. Les muscles de l'avant-bras sont très atrophiés ainsi que ceux du bras. Le processus ne s'accompagne, en général, que d'une tuméfaction modérée des extrémités osseuses ; rien ne ressemble donc, dans ce cas, aux ostéophytes volumineux du rhumatisme chronique déformant de l'adulte et surtout du vieillard.

M. LE GENDRE. — Je voudrais rapprocher de l'observation de M. Variot une observation que je suis depuis longtemps, c'est celle d'une petite fille qui est atteinte de rhumatisme chronique déformant. Ce qui est le plus intéressant, c'est l'amyotrophie qui prédomine sur les lésions osseuses. Au point de vue thérapeutique, je crois qu'il n'y a aucun moyen d'arrêter cette affection. Dans le cas que j'ai observé, il y a dans la famille une branche de rhumatisants et une branche de névropathes. Cette enfant, âgée actuellement de 14 ans, a eu l'an dernier une pelade non parasitaire, d'origine tropho-neurotique. En même temps apparut de la pigmentation de la peau, ces phénomènes me font penser qu'il faut attribuer aux troubles nerveux une certaine action dans l'évolution de son rhumatisme.

M. VARIOT. — J'ai observé mon malade pendant 6 mois. Il était dans le service depuis 2 ans; on a essayé, je crois, tous les traitements sans résultat. Je demande à M. Le Gendre si dans le cas qu'il a observé le rhumatisme a commencé par les petites articulations.

M. LE GENDRE. — L'affection a débuté par les extrémités. Il y a eu, au début, de l'hydarthrose des petites articulations, revenant par poussées ; à la suite de chacune de ces attaques, il se produisait une augmentation des déformations.

M. VARIOT. — Le rhumatisme chez mon malade semble avoir commencé par les grandes articulations. Actuellement, les lésions sont prédominantes aux pieds.

M. RENDU. — La question émise par M. Le Gendre est grosse d'importance : celle de savoir si le rhumatisme chronique est purement d'origine spinale ou non. Il y a des formes dans le rhumatisme aigu qui simulent des affections de la moelle. Ceci montre bien les connexions qui existent entre les affections rhumatismales et les affections spinales. Je suis donc de l'avis de M. Le Gendre, à savoir que dans le rhumatisme, soit chronique, soit aigu, soit subaigu, il y a toujours participation de la moelle.

M. BABINSKI lit une communication sur un cas de *paralysie hystérique systématique (paralysie partielle ou systématique des fonctions motrices du membre inférieur gauche).* — Les divers actes susceptibles d'être accomplis sous l'influence de la volonté par un même groupe de muscles, qu'il s'agisse d'actes simples, élémentaires, comme par exemple la flexion du pied sur la jambe, ou bien d'actes plus compliqués, comme la marche, le saut, peuvent subir une dissociation et être individuellement abolis. Il en résulte une perturbation spéciale, un genre de paralysie qui mérite d'avoir une dénomination propre.

MM. Charcot et Richer ont décrit, comme on le sait, une affection qui est connue, depuis le travail de M. Blocq, sous le nom d'astasie et d'abasie, dans laquelle l'impossibilité de la station verticale et de la marche contraste avec l'intégrité plus ou moins complète des autres mouvements que peuvent exécuter les membres inférieurs. Les expressions *astasie, abasie* s'appliquent on ne peut mieux aux troubles moteurs qu'elles servent à désigner, mais, comme cette affection n'est qu'un cas particulier du genre de paralysie que j'ai en vue, il faut donner à celle-ci une dénomination plus générale.

On pourrait l'appeler paralysie partielle ou systématique des fonctions motrices. Les deux mots « fonctions motrices » indiquent suffisamment qu'une paralysie limitée à un seul muscle ou à quelques muscles n'ayant pas de connexions fonctionnelles n'entrerait pas dans ce cadre, mais qu'il s'agit là de troubles moteurs atteignant tout un groupe de muscles qui fonctionnent synergiquement pour accomplir des actes déterminés. L'épithète « partielle » peut prêter, il est vrai, à la confusion ; on pourrait comprendre par là que dans ce genre de paralysie il y a simplement un affaiblissement musculaire général, n'allant pas jusqu'à la paralysie complète. Pour éviter tout malentendu, il est peut-être préférable d'employer l'épithète « systématique » qui me paraît assez expressive. Elle peut en effet fort bien servir à indiquer qu'il s'agit là d'une paralysie motrice relative seulement à un ou plusieurs des divers systèmes de mouvements qu'un même groupe de muscles est appelé à exécuter.

Les paralysies hystériques étant toujours des paralysies fonctionnelles, on peut supprimer de la dénomination précédente les deux mots « fonctions motrices » pour les paralysies systématiques qui relèvent, comme c'est la règle, de l'hystérie, et les appeler simplement : *paralysies hystériques partielles ou systématiques.*

Je viens d'observer un cas de paralysie hystérique qu'il est permis, suivant le point de vue auquel on se place, d'opposer à l'astasie ou bien, au contraire, de l'en rapprocher. En effet, contrairement à ce qu'on observe dans l'astasie, la malade qui fait le sujet de cette observation est incapable d'exécuter des mouvements élémentaires des orteils, du pied et de la jambe, tandis qu'elle peut se tenir debout et marcher ; mais, en définitive, il s'agit de part et d'autre d'une paralysie hystérique systématique.

Voici le résumé de cette observation :

Il s'agit d'une femme de 50 ans, sujette à des crises de larmes survenant sans aucun motif, qui, depuis plus d'un an, est atteinte de troubles de la motilité du membre inférieur gauche. Les mouvements volontaires des orteils sur le métatarse, du pied sur la jambe et de la jambe sur la cuisse sont absolument abolis ; la malade peut au contraire faire mouvoir, quoique plus difficilement que du côté opposé, la cuisse sur le bassin. La paralysie est flasque.

La malade peut se tenir debout, mais dans cette situation elle se sert d'une canne qu'elle tient de la main gauche ; le membre inférieur est légèrement tourné en dehors.

Elle est aussi en état de marcher, non sans difficulté, il est vrai, et, quand elle a fait plusieurs fois le tour de sa chambre, elle éprouve le besoin de s'asseoir. Lorsque le membre inférieur droit doit jouer le rôle de jambe oscillante, la malade semble hésiter quelques instants avant de commencer le mouvement ; il en résulte une pause d'une certaine durée ; elle s'appuie avec force sur sa canne et elle exécute alors le pas d'une façon à peu près normale et assez rapidement. Le mouvement de progression du membre inférieur gauche succède immédiatement au pas précédent ; il s'opère lentement et suivant un mode anormal ; la jambe reste constamment étendue sur la cuisse, et le pied, tourné en dehors, balaie de sa plante le sol et ne s'en détache à aucun moment. La contractilité musculaire, sous l'influence des courants voltaïques et faradiques, est tout à fait normale. La sensibilité du membre inférieur gauche à la douleur et à la température est un peu affaiblie ; on s'en assure en la comparant à celle du côté opposé ; cette légère anesthésie remonte jusqu'à la partie supérieure de la cuisse ; en ce qui concerne la sensibilité au tact il n'y a pas de différence entre les deux côtés. Les réflexes cutanés et tendineux sont normaux. Pas de troubles vésico-rectaux ; pas de troubles oculaires.

Il s'agit là incontestablement d'une paralysie partielle des fonctions motrices du membre inférieur gauche. En effet, les mouvements volontaires des orteils sur le métatarse, du pied sur la jambe et de la jambe sur la cuisse, sont complètement abolis et au contraire la marche est possible. Il est vrai que celle-ci est très imparfaite ; il est vrai aussi que les troubles moteurs portent seulement, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire dans l'astasie, sur un des membres inférieurs. Néanmoins on peut affirmer que les muscles du membre inférieur, qui sont incapables d'exécuter le moindre mouvement élémentaire de flexion et d'extension, conservent encore la faculté de fonctionner dans l'acte de la marche, car une paralysie flasque, complète des muscles qui sont affectés dans ce cas, mettrait le membre inférieur gauche dans l'impossibilité absolue de jouer le rôle de jambe portante ou active et empêcherait la malade de marcher comme elle le fait. De plus, si la paralysie du pied était complète, la malade devrait marcher en steppant et non en balayant le sol de son pied.

Il s'agit là incontestablement d'une paralysie hystérique. Ce diagnostic peut être établi par exclusion, car il n'y a pas d'autre affection qui soit susceptible de présenter un pareil aspect symptomatique. L'hypothèse de paralysie hystérique cadre au contraire parfaitement avec l'intégrité des réflexes tendineux de la contractilité électrique des muscles, des fonctions vésico-rectales et elles s'appuie surtout sur l'anesthésie du membre inférieur gauche et sur les caractères de la démarche.

Je crois donc avoir démontré que l'on a affaire ici à un cas de paralysie partielle ou systématique des fonctions motrices du membre inférieur gauche, que cette affection relève de l'hystérie et qu'il s'agit bien par conséquent d'une paralysie hystérique systématique du membre inférieur gauche.

Je ne parle pas ici du traitement qu'il y a lieu d'instituer dans ce genre de paralysie, qui ne présente à ce point de vue rien de spécial et auquel sont applicables tous les procédés dont on se sert dans la thérapeutique de l'hystérie. A. [illegible]

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

Séance du 16 juin 1892. — PRÉSIDENCE DE M. G. GAUTIER.

M. G. WEISS, professeur agrégé à la Faculté de médecine, fait une communication sur l'excitation électrique des nerfs et des muscles. Il pense que l'excitation des nerfs et des muscles se produit sur tout le trajet du courant et que cette excitation est déterminée quand on connaît la fonction $i = f(t)$. On pourrait aussi définir l'excitation d'un organe par $e = f(t)$, e étant la différence de potentiel entre les points d'entrée et de sortie du courant ; ces deux fonctions ne diffèrent entre elles que par un facteur, résistance des tissus, si la polarisation était nulle. Ce n'est pas le cas [illegible] mise ainsi, en prenant l'une ou l'autre formule, est [illegible] que l'on peut négliger en physiologie.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur le fonctionnement du nerf ou du muscle, il est impossible de décider quelle est la variable qui influe directement sur l'excitation. Il y a cependant plusieurs raisons pour adopter pratiquement $i = f(t)$; la principale est que la détermination de e dans chaque cas particulier est bien plus difficile que celle de i : un exemple le fera comprendre. Considérons un courant continu traversant un nerf, un galvanomètre placé en un point quelconque du circuit nous donnera i, pour avoir e entre deux points, ou bien il faudra connaître R entre les deux points ou se servir d'un électromètre en plaçant des électrodes exploratrices aux deux points entre lesquels on veut mesurer e. La même différence se présente pour une onde variable ; i se mesure en un point quelconque du circuit, mais non pas en e.

M. G. GAIFFE fait une communication sur l'utilisation des réseaux à lumière pour les cautères, petites lampes, etc. Sur un des conducteurs de l'installation générale, entre le compteur de l'appartement et les lampes, M. Gaiffe installe trois accumulateurs ; des bornes de ces trois accumulateurs part une canalisation spéciale amenant le courant fourni par ces accumulateurs aux instruments destinés à l'utiliser. De cette façon le courant dépensé dans les instruments a exactement le potentiel voulu et le rendement s'élève immédiatement aux environs de 80 0/0.

Ces accumulateurs étant sur le trajet du circuit d'éclairage, chaque fois qu'une lampe est allumée le courant qui l'alimente les traverse, et ils sont rechargés d'autant plus vite que le nombre de lampes allumées est plus grand. Les lampes utilisées, dans une installation de ce genre doivent avoir un voltage en rapport avec le nombre d'accumulateurs mis en circuit : dans le cas présent, 104 volts au lieu de 110 volts.

Pour augmenter la valeur du champ magnétique, la régularisation de la division, la sensibilité et la [illegible], MM. d'Arsonval et G. Gaiffe ont eu l'idée de remplacer la masse de fer doux par un aimant. Les auteurs présentent leurs nouveaux galvanomètres ; pour la construction desquels ils se sont arrêtés aux deux dispositions suivantes. La première est formée de deux aimants en portion de cylindre disposés de façon à faire correspondre les pôles de l'un avec le point neutre de l'autre et obtenir ainsi un champ magnétique régulier. La deuxième consiste en l'emploi [illegible] qui sont superposés en laissant entre les [illegible] et les deux intérieurs la place pour loger la bobine. Ces instruments peuvent à volonté être divisés en volts ou en ampères.

Le *projet d'une exposition annuelle,* faite par la Société française d'Électrothérapie, est présenté par une commission, composée de MM. VOGHT, G. GAIFFE et GAUTIER. Après lecture et quelques modifications le projet est adopté. Le comité d'or-

ganisation se compose de MM. Gariel, Tripier, Voght, Gaiffe et Gautier : le comité de direction est composé du bureau de la Société française d'Electrothérapie. G. GAUTIER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 11 juillet 1892. — PRÉSIDENCE DE M. DEMANGE.

De quelques automutilations chez les paralytiques généraux, à propos d'un cas de gangrène de la lèvre inférieure, par suite de succion de cette lèvre, chez un paralytique général.

M. VALLON a étudié les *automutilations chez les paralytiques généraux*, consécutives à l'agitation dite silencieuse (Falret) : Tel paralytique général grabataire se fait une large plaie sur la cuisse, en se grattant avec les ongles d'une façon continue et automatique ; tel autre se déchire le scrotum par le même moyen, sans que ni l'un ni l'autre manifeste la moindre douleur. M. Vallon a pu se convaincre de cette analgésie chez un de ses paralytiques auquel il a fait, à l'occasion d'un phlegmon, plusieurs incisions profondes : le malade resta insensible pendant l'opération et ne demanda qu'une seule fois qu'on n'appuyât pas le bistouri trop fortement. L'agitation silencieuse se manifeste encore chez les paralytiques généraux sous forme de mâchonnement et de succion. Ce dernier mouvement peut se faire tantôt à vide, tantôt sur un objet qui se trouve à la portée du malade.

M. Vallon en a connu un qui a sucé un cataplasme placé sur un anthrax qu'il avait au cou, et avec tant d'acharnement, qu'il en est mort étouffé. Il cite à ce propos un nommé B.., grabataire, qui fut trouvé un soir, en juillet 1891, avec la lèvre inférieure pincée entre les arcades dentaires. — Cette lèvre, qu'il était entrain de sucer, fut aussitôt dégagée. On a pu constater qu'elle portait sur sa ligne médiane une tuméfaction considérable. La richesse vasculaire de cette région explique d'ailleurs la rapidité avec laquelle le gonflement s'était produit, la compression avait été tellement forte que la région gonflée se gangréna; un sillon d'élimination se ferma et huit jours après la partie gangrénée de la lèvre tomba. Des pointes de suture furent appliquées sur la plaie, et au bout de trois semaines la cicatrisation fut terminée. M. Vallon apporte à l'appui de son observation trois photographies qui montrent les phases successives par lesquelles a passé la lèvre blessée.

Le malade est mort, d'ailleurs, quelques mois après, des progrès de sa paralysie générale. Sans insister sur l'intérêt chirurgical de ce cas, M. Vallon fait surtout ressortir les considérations médico-légales qu'il suggère : en présence d'une mutilation semblable, survenue dans un asile d'aliénés, les parents, ainsi que les personnes inexpérimentées, seraient portés à la considérer comme la conséquence d'un acte de violence commis par un infirmier ; il faut donc que les médecins connaissent bien ce diagnostic étiologique particulier. Une autre considération est que les malades de cette catégorie doivent être soumis à une surveillance très étroite.

J. ROUBINOWITCH.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. le Pr LELOIR (de Lille) est chargé d'une mission en Roumanie, Hongrie et Serbie, à l'effet d'y étudier différentes affections cutanées.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Recrutement des élèves des Ecoles.* — Il y a quelques années, le recrutement des élèves du corps de santé militaire s'opérait avec une certaine difficulté. Il n'en est plus de même aujourd'hui depuis la création de l'Ecole préparatoire de médecine militaire de Lyon. Cette année, le nombre des inscriptions pour le prochain concours d'admission à cette école dépasse le chiffre de l'an dernier. Pour le département de la Seine, 61 candidats ont demandé leur inscription. Au concours de 1891, les demandes ne s'élevaient qu'au nombre de 49 seulement.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours du Prosectorat.* — Un concours pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux s'ouvrira le lundi 25 juillet 1892, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulins. Le registre d'inscription, ouvert au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, sera clos le samedi 16 juillet à 3 heures.

REVUE D'HISTOIRE MÉDICALE

I. — **Les maladies nerveuses pendant l'antiquité græco-romaine** ; par Michel de TORNÉRY, avec la collaboration de M. PAPILLON, pour Hippocrate et Celse, in-8° de 392 pages. Paris, Jouve, 1892.

II. — **La vie privée d'autrefois. — Les médecins** ; par Alfred FRANKLIN, in-8 de 305 pages, avec figures. Paris, Plon, 1892.

III. — **Saint Luc, patron des anciennes Facultés de médecine.** *Essai de sigillographie* ; par DAUCHEZ, brochure in-8° de 35 pages, avec figures. Paris, 1892.

IV. — **Biographia del doctor José M. de los Rios** ; par José MANRIQUE, brochure in-8° de 25 pages. Caracas, 1891.

V. — **La syphilis à Ninive et à Babylone chez les anciens Assyro-Chaldéens. 700 ans avant Jésus-Christ** ; par F. BURET, brochure in-8 de 8 pages. Daix, Clermont, 1892.

I. — L'influence du savant professeur d'histoire de la médecine, à la Faculté de Paris, se fait sentir de plus en plus. Aux nombreux ouvrages que M. Laboulbène a inspirés, vient de s'en ajouter un qui comptera dans les fastes de l'exégèse médicale. On ne saurait, en effet, s'empêcher de louer sans réserves l'étude si instructive de M. de Tornéry avec les adjonctions apportées par M. Papillon. Evidemment, ces auteurs n'ont pas eu la prétention de nous donner un traité didactique des maladies nerveuses pendant l'antiquité græco-romaine ; il n'y fallait pas songer, car à cette époque la neuropathologie, telle que nous la concevons aujourd'hui, n'existait pas. Les anciens ne désignaient sous le nom de maladies nerveuses que des symptômes dont ils ne pouvaient élucider la pathogénie puisque la pratique des autopsies leur était interdite. Mais, guidés par un grand sens clinique, ils nous ont laissé sur l'évolution de l'épilepsie, de l'hystérie, de la manie, des considérations qui méritent encore aujourd'hui d'être consultées. L'observation simple avait d'ailleurs conduit Hippocrate à des résultats presque surprenants. A une époque où la décussation des pyramides n'était même pas soupçonnée, comment ne pas relever ce passage du livre des *Plaies de tête*, dans lequel il est dit qu'après les traumatismes du crâne il arrive parfois « des paralysies à gauche si la plaie est à droite, et à droite si la plaie est à gauche. » Celse, comme nous l'avons nous-même montré, pose nettement le diagnostic différentiel entre l'hystérie et l'épilepsie et Aretée a connu l'hystérie masculine « *id vero quoque viris evenire solet.* »

Faisons encore une remarque toute d'actualité : à cette époque éloignée, les traitements les plus bizarres étaient en honneur : on faisait grand usage des testicules d'animaux pour la cure des maladies nerveuses ; il est vrai qu'on se contentait de les faire absorber par la voie digestive... *Multa renascentur*...

Nous ne pouvons insister davantage sur la valeur de ce travail parfaitement coordonné. Les traductions qu'il renferme sont faites en style clair et précis. Il a sa place marquée dans les bibliothèques de tous ceux qui s'intéressent à la neuropathologie et, à ce titre comme à bien d'autres, nous n'hésitons pas à lui prédire le plus vif succès.

II. — M. Alfred Franklin, le savant administrateur de la bibliothèque Mazarine, nous donne aujourd'hui, avec une persévérance infatigable, le 11e de ses volumes sur *la vie privée d'autrefois*. Celui-ci nous intéresse tout particulièrement, car il est consacré aux médecins. C'est ainsi que M. Franklin, qui, comme le sage n'affirme rien qu'il ne prouve, constate qu'en 1292, — on voit que son érudition s'étend loin, — Paris possédait au moins 38 personnes, tant hommes que femmes (mires et mirgesses) exerçant illégalement la médecine sans avoir fait d'études spéciales et sans posséder aucun diplôme. Il nous donne même leur nom et leur adresse. Parmi eux se trouve un certain Guillaume, demeurant à la « *Pissote Saint-Martin* », que ses confrères en illégalité, sinon en science, d'aujourd'hui, pourraient peut-être réclamer pour patron. Puis vient, sous Philippe-Auguste, la fondation de l'Université par le pape avec ses médecins qui, relevant directement de l'autorité ecclésiastique, étaient astreints au

célibat. Beaucoup d'entre eux, paraît-il, donnaient de fréquentes entorses au contrat qui les liait à l'Eglise, mais ce n'était pas toujours impunément. Il nous est impossible de suivre M. Franklin dans les développements qu'il consacre à la Faculté de Paris, à ses statuts, à ses cérémonies : il va sans dire que les médecins du temps de Molière lui ont fourni plus d'un sujet d'agréable dissertation.

Nous signalerons le curieux chapitre qu'il consacre aux saints guérisseurs et à la prérogative que possédaient les rois de France de guérir les écrouelles, ce qui n'empêchait pas Charles IX de mourir tuberculeux, comme nous l'avons montré, avec notre savant maître, M. Brouardel.

Terminons en disant que c'est M. Franklin qui a le premier, dans un autre ouvrage, montré que la bibliothèque de la Faculté de Paris possédait, dans ses *Commentaires manuscrits*, une source inépuisable de documents de la plus haute importance historique, et remercions notre auteur du livre si intéressant qu'il nous offre aujourd'hui.

III. — Il est fort difficile d'analyser la très intéressante brochure de M. Dauchez car elle vaut surtout par l'exacte description d'un certain nombre de sceaux de nos anciennes Facultés. Il va sans dire que ce sont des objets rares et que M. Dauchez a fait œuvre patiente d'historien en réunissant un à un les documents figurés qu'il nous a représentés. Saint Luc étant le patron de la Médecine, presque toujours on trouve son effigie sur les sceaux, quand il n'est pas supplanté, toutefois, par la Vierge, comme dans celui de la Faculté de Paris, le premier qu'étudie M. Dauchez. Le sceau était entouré d'un certain respect : il représentait, comme le sceptre, le pouvoir et il fallait que quatre docteurs régents fussent présents quand on ouvrait l'armoire spéciale où il se trouvait. Le sceau de la Faculté de Nancy est des plus intéressants : c'est tout simplement celui de la Faculté de Pont-à-Mousson, autrefois si célèbre, où enseigna Charles Lepois et à laquelle Nancy se substitua en empruntant l'emblème de sa puissance. Parmi les plus beaux spécimens de la sigillographie médicale signalons le sceau de l'ancienne Faculté de Médecine de Poitiers : cette fois saint Côme et saint Damien ont remplacé saint Luc. On sait combien le Collège des saints Côme et Damien, à Paris, était l'ennemi de la Faculté que protégeait saint Luc ; aujourd'hui ces trois saints personnages n'ont plus de haine, paraît-il, les uns pour les autres ; ils servent tous les trois de patrons à une Société médicale dont M. Dauchez est le secrétaire général pour le plus grand plaisir des érudits.

IV. — Hommage rendu par un élève reconnaissant à la mémoire du Dr Manuel de Los Rios, vice-président de la Faculté de Médecine de Caracas.

V. — M. Buret nous raconte, aujourd'hui, une légende bien intéressante qu'un scribe de Sardanape a gravée, en caractères cunéiformes, sur des briques que conserve le British Museum :

Istar (Vénus), déesse de l'amour criminel, de la fertilité et de la guerre, mère des dieux et des hommes, séduite par la vigueur d'Izdubar (Nemrod), avait demandé au héros de la prendre pour femme. Refus peu galant de ce dernier qui continue à courir les bois avec son camarade Eabani, un mâle lui aussi, car il pouvait sans interruption « employer six jours et sept nuits à s'amuser avec le *la lû* de sa bien-aimée. »

Istar, furieuse, demande à son père Anu d'envoyer contre le rebelle à l'amour le taureau sacré. Mais Eabani n'a pas peur des bêtes féroces ; il saisit le pénis du taureau et le jette à la figure de la déesse. Fureur d'Istar. Tout le système planétaire tremble, après 12 jours de lutte Eabani est frappé à mort. Quant à Izdubar, atteint d'une lèpre honteuse qui fait tomber ses cheveux, couvre sa peau de squames, et de pustules ce phallus qu'on adorait à Babylone, il descendra dans les enfers où il devra se purifier à la *Fontaine de vie*.

M. Buret, qui a donné dans son livre si instructif sur la *syphilis chez les anciens* des preuves évidentes de l'origine ancienne de la vérole, trouve, dans la punition d'Izdubar, confirmation à son dire.

Nous lui accorderons volontiers tout ce qu'il voudra à condition qu'il ne nous déflore pas, par une érudition trop profonde, le charme de la légende d'Istar et de Eabani, née dans cette Babylone amoureuse où le vent du désert apportait par bouffées le chant de la Sulamite.

GILLES DE LA TOURETTE.

BIBLIOGRAPHIE

Peliose rhumatismale chez un nourrisson de six mois ; par ABELMAN (*Vratch*, 1892, n° 9).

Le 29 octobre 1891 on amène, à l'hôpital des Enfants, une petite fille âgée de 7 ans, malade depuis plusieurs jours et ayant une très grosse fièvre. La petite fille se plaint de douleurs dans les genoux et dans les poignets. Ses jointures sont très enflées, et, bientôt, toutes les articulations sont prises à leur tour.

On lui donne du salicylate de soude. Sous l'influence de cette médication, les douleurs et l'œdème cessent.

Le 15 novembre, en examinant la malade, on découvre une endocardite. La petite va de mieux en mieux, mais elle est encore couchée.

Le 8 décembre 1891, son petit frère, âgé de six mois, tombe malade ; son indisposition débute par des vomissements et par une élévation de température. Le poignet droit est très œdématié et très douloureux.

Le 11 du même mois, apparaissent des taches purpuriques sur les deux plantes de pied et au cou-de-pied.

Le 12 décembre, l'état de l'enfant est satisfaisant, ses conjonctives sont un peu pâles ; température 38°9 ; pouls 128. Les taches purpuriques envahissent tout le corps, mais leur nombre est limité ; comme traitement :

Emulsion d'amandes douces	60 grammes.
Salicylate de soude	0,12 centigr.
Sirop simple.	20 grammes.

En donner 5 cuillerées à café par jour.

13 décembre, le matin : temp. 38°8. pouls 140 ; le poignet est extrêmement enflé, il est entouré de pétéchies ; les petites articulations du métacarpe et des phalanges sont prises ; par-ci par-là on voit des taches sanguines. La température du soir, 39°6 ; pouls, 160.

14 décembre, matin, temp. 37°9, l'articulation est moins douloureuse ; l'épaule est enflée, elle est très douloureuse ; on voit sur la hanche droite des taches purpuriques.

Les jours suivants, la température baisse peu à peu ; les taches purpuriques et les douleurs articulaires disparaissent. Le 28 décembre, l'enfant était tout à fait bien portant.

Mme BERTILLON.

Topographie et examen clinique du bassin chez la femme rachitique ; par le Dr BONNAIRE, accoucheur des hôpitaux. Alex. Coccoz, libraire éditeur, 1892.

L'auteur passe tout d'abord en revue les différentes formes de bassins que l'on peut observer chez les rachitiques. Il montre qu'il ne faut pas juger uniquement la qualité d'un bassin rachitique sur les dimensions antéro-postérieures du détroit supérieur, mais sur sa capacité totale. De là deux classes spéciales de bassins rachitiques : 1° Bassins avec déformations dues à l'action prédominante de la pesanteur, dits bassins plats rachitiques ; 2° Bassins avec déformations dues à la pesanteur, et avec atrophie des os en largeur très accusée, ou bassins aplatis et généralement rétrécis. Enfin l'atrophie rachitique peut être régulière ou irrégulière, d'où les bassins symétriques et asymétriques.

Le Dr Bonnaire insiste ensuite avec détails sur la façon dont il faut procéder à l'examen clinique d'une femme rachitique, la nécessité d'un interrogatoire qui consistera surtout à étudier, d'une part, les conditions du début de la marche, d'autre part, l'évolution des accouchements antérieurs au cas où l'on aurait affaire à une multipare, l'inspection détaillée du squelette et en particulier de la portion pelvienne. Il arrive enfin à l'examen obstétrical proprement dit, on trouve là une foule de renseignements utiles, très clairement exposés sur la façon dont il faut pratiquer cet examen pour éviter toute cause d'erreur. Pour les besoins de la pratique courante, ajoute-t-il en

terminant, il est plus que suffisant de faire usage du doigt seul comme pelvimètre pour évaluer la forme, la largeur du bassin et le degré d'élévation ou d'abaissement du promontoire.

Trois observations d'hydrorrhée déciduale ; par le Dr Bonnaire, accoucheur des hôpitaux.— Alex. Coccoz éditeur, 1891.

L'hydrorrhée déciduale n'est autre chose qu'un symptôme d'endométrite. Sous l'influence de l'inflammation, l'hypertrophie et la suractivité des glandes utérines s'exagèrent; ces glandes obéissent en somme, à un processus analogue à celui qui se produit dans la période menstruelle. Leurs culs-de-sac sécrètent ces excès de liquide qu'ils tirent des capillaires environnant leurs parois.

L'auteur s'attache à démontrer que l'hydrorrhée déciduale n'est pas aussi rare qu'on paraît le croire et qu'elle peut aussi s'observer dans les premiers mois de la grossesse. Dans la grande majorité des cas, l'hydrorrhée déciduale n'influe en rien sur la grossesse. Il n'en est pas toujours ainsi et M. Bonnaire rapporte plusieurs faits où il y a eu interruption de la grossesse.

Commentationes variæ in Memoriam actorum CCL annorum. Ededit Universitas Helsingforsiensis. *V. Festskrift fran Pathologisk anatomiska Institutet.* — Helsingfors, 1890.

Les mémoires contenus dans ce volume sont au nombre de huit. Il se termine par un *résumé en français* de quatre d'entre eux. En voici le titre : Contribution à la connaissance de l'hémiatrophie faciale et de l'origine des trijumeaux, par E.-A. Homen ; — Des empoisonnements par le phosphore en Finlande, de 1860 à 1890, par L. Fagerlund ; — Un cas d'acromégalie avec autopsie, par H. Holst ; — Recherches sur la quantité de bactéries contenues dans l'eau des conduites de Helsingfors, par Luckadorff.

Grâce à l'excellente idée qu'ont eu les auteurs de donner, dans notre langue, un résumé de leurs mémoires, ceux-ci peuvent être utilisés par nos compatriotes qu'intéressent les sujets traités. B.

Arsberattelse (den elfte) fran Sabbatsbergs sjukhus af-gifkan, Dr Warfvinge. — Stockolm, 1889.

Il s'agit là d'une publication annuelle comprenant des renseignements statistiques sur l'hôpital de Sabbatsberg et un certain nombre de travaux faits par les chefs de service. Le rapport général est fait par M. Warfvinge, *directeur en chef de l'hôpital.* Ce volume se termine par un résumé en français des travaux scientifiques des médecins.

Voici le titre de ces travaux : W. Warfvinge : L'influenza au point du vue clinique. — E. S. Permann : Contribution à la résection du pylore et de la gastro-entérostomie. — E.-S. Permann : Cancer gastrique, pylorectomie, mort de collapsus produit par l'éther. — Le même : Sur l'opération de la hernie diaphragmatique étranglée.

Le Rachitisme; par J. Comby, médecin des hôpitaux. — Bibliothèque médicale Charcot-Debove. Chez Rueff et Cie. 1 volume avec 31 figures. Paris, 1892.

La question du rachitisme est une des plus complexes de la pathologie infantile. Les théories touchant son étiologie, sa pathogénie, sa physiologie pathologique sont très nombreuses et souvent aussi absolues que contradictoires.

M. Comby a su rendre très claire l'exposition ordinairement compliquée de cette affection. Pour cela il ne s'est pas borné à rapporter les faits dans toute leur simplicité et à les classer de façon à éviter la confusion. Il a encore eu l'heureuse idée d'appuyer les conclusions qui en découlent d'observations cliniques personnelles dont le nombre atteint une cinquantaine, et qui font de ce petit traité une œuvre essentiellement clinique et pratique. D'assez nombreuses figures illustrent d'autre part les descriptions des différentes particularités qu'on rencontre chez les rachitiques et les complètent très heureusement.

Ajoutons que cet ouvrage appartient à la nouvelle collection médicale, dirigée par MM. Charcot et Debove, qui par la commodité du format, le luxe et la solidité de sa reliure en cuir souple, dépasse tout ce qu'on a fait de mieux jusqu'ici en éditions médicales, avantages matériels qui ne sont pas à dédaigner.

VARIA

Le Choléra.

I. — *Le choléra en Russie et en Asie.*

a) *Marche de l'Épidémie.*

Les journaux étrangers abondent en détails sur le choléra en Russie; mais on ne saurait accueillir leurs nouvelles qu'avec les plus expresses réserves. On va jusqu'à dire qu'il y a eu quatre cents décès à Moscou et que des cas de choléra ont été signalés au camp militaire de Krasnoié-Sélo. Ce qui est certain, c'est que le choléra continue à augmenter dans le Turkestan, la Transcaspienne, le Caucase, à Saratov et à Tsaritsine.

D'après un compte rendu officiel concernant le choléra, un conducteur de tramway est mort à Kazan le 25 juin (vieux style) d'une maladie qui était probablement le choléra asiatique. Il n'y a pas eu d'autres cas à Kazan, où l'on a pris toutes les mesures de précaution nécessaires. A Saratov, il y avait, le 25 juin, 5 nouveaux malades, dont trois ont été guéris; il en est mort 11, et il en restait 40. A Simbirsk, il n'y avait aucun cholérique. A Astrakhan, il y avait, le 25 juin, 38 malades dans les hôpitaux et 72 en rade. A Bakou, le 26 juin, on a reçu 37 nouveaux malades dans les hôpitaux; 8 ont été guéris; il en est mort 18 et il en restait 179. En dehors des hôpitaux, il en est mort 94. A l'hôpital des cholériques de Tiflis, il en est mort 2 et il en restait 7. Il y a eu quelques cas de choléra dans d'autres villes du Caucase. En Perse, le choléra se développe dans le Khorassan septentrional.

Le 8 juillet. Dans la province de Samara, il y a eu douze cas et sept décès.

Le 8 juillet, il y avait 191 malades à Astrakhan, et il en est mort 32. A Samara il y en avait 8, et il en est mort 1. A Saratov, il y en avait 63, et il en est mort 16. Il y en avait 9 à Tsaritsine. A Bakou, il en restait 180 dans les hôpitaux, et il en est mort 37 en dehors des hôpitaux. A Tiflis, il en est mort 3 dans les hôpitaux et 3 en dehors des hôpitaux. Une quantité considérable d'habitants désertent Bakou et Astrakhan.

On prétend que quatre cas de choléra se sont produits à Riga et que, de Saint-Pétersbourg, on annonce plusieurs cas suspects.

b) *Précautions prises.*

Bords du Volga. — On prépare des ambulances dans les principales villes des bords du Volga. Le ministre de la marine, amiral Teikhatchetch, qui visite actuellement les ports de la Caspienne, effectuera prochainement une inspection sanitaire des ports de la mer Noire.

Nord de la Russie.

Les marchandises destinées à la foire de Nijni-Novgorod sont soumises à un examen sanitaire. Les ministres de l'intérieur et de la guerre et les adjoints des ministres des affaires étrangères et des finances se sont réunis à Saint-Pétersbourg pour s'occuper des mesures à prendre. Le directeur du département de la médecine et le chef de la clinique expérimentale ont été entendus. Il a été décidé que : 1° Les mesures prises sur le littoral de la mer Caspienne seront étendues à celui de la mer Noire. 2° La foire de Nijni-Novgorod sera autorisée ; les marchandises venant par voie de terre seront désinfectées ; les marchandises et les voyageurs venant par voie fluviale seront soumis à une courte période d'observation, sans subir, à proprement parler, de quarantaine. 3° Le colonel Wendrich, inspecteur général des chemins de fer, qui a été chargé, cet hiver, d'assurer le service du transport des céréales dans les provinces éprouvées par la disette, est chargé d'organiser et de surveiller les services médicaux sur toutes les lignes des chemins de fer aboutissant à Moscou. Le comité de la foire de Nijni-Novgorod a décidé d'établir une taxe spéciale sur les boutiques de la foire pour une année, afin de faire face aux dépenses nécessitées par les mesures à prendre contre le choléra. Il a décidé, en outre, d'approvisionner la foire d'eau filtrée et d'organiser un lazaret flottant de cinq cents lits. Les dernières nouvelles n'annoncent ni amélioration ni aggravation. La foire de Nijni-Novgorod est jusqu'à présent autorisée ; mais l'autorisation définitive ne sera donnée qu'après l'avis des médecins envoyés sur les lieux pour

étudier l'état sanitaire de Nijni et lorsqu'ils auront pris toutes les mesures préventives pour empêcher la propagation de l'épidémie, soit par les bateaux fluviaux, soit par les lignes de chemin de fer du sud et du centre de la Russie.

Bords de la Caspienne.

Des mesures d'hygiène ont été ordonnées à Astrakhan, Tiflis, Bakou, Saratov, Nijni-Novgorod, Kharkov, Kazan et dans les autres localités contaminées.

Parmi les émigrés de Bakou, 3,000 sont arrivés à Astrakhan et sont en quarantaine sur la rade, dans un affreux dénûment. Plusieurs centaines sont arrivés à B[illegible], où ils sont [illegible] en observation. Les croiseurs de la Caspienne poursuivent les bateaux qui tentent d'échapper aux quarantaines. A Tiflis, on désinfecte la correspondance postale venant de Perse et de Bakou, et on rapatrie les ouvriers persans habitant cette ville.

L'état sanitaire des villes du Caucase et de la Transcaucasie et aussi d'Astrakhan est sérieusement aggravé par l'énorme agglomération d'individus misérables venus d'autres régions pour chercher du travail. Différentes mesures ont été prises en vue de les rapatrier à prix réduits, mais leur retour sera dangereux pour les localités où ils reviendront. On se plaint généralement du manque de médecins, de l'insuffisance et du prix élevé des produits antiseptiques.

L'administration a, d'autre part, ordonné la fermeture des écoles dans le Caucase et l'observation des mesures édictées. Celles-ci seront assurées à Astrakhan par des renforts envoyés de Saratov, afin d'éviter de nouveaux désordres.

Les troubles d'Astrakhan ont été provoqués par un certain nombre d'individus qui ont refusé de se soumettre aux mesures sanitaires ordonnées par le corps médical. L'hôpital devant lequel les troubles ont eu lieu a été saccagé, deux médecins ont été tués. La police ayant été incapable de réprimer les désordres, la troupe est intervenue, a tiré sur la foule et l'a dispersée.

Russie centrale.

A Moscou et à Saint-Pétersbourg, l'autorité gouvernementale prépare la rédaction de circulaires destinées aux fonctionnaires et au public en vue d'enrayer le fléau.

Pour assurer l'application rigoureuse des prescriptions sanitaires à Saint Petersbourg, on a constitué dans chacune des quatre-vingt-trois circonscriptions de police des commissions spéciales composées d'au moins deux fonctionnaires du service sanitaire, un médecin et un agent de police placé sous la direction d'un office sanitaire spécial. Le conseil municipal a alloué un crédit de 200,000 roubles pour couvrir les frais des mesures sanitaires.

Les trains de chemins de fer sont soumis, aux approches de Saint-Pétersbourg, à la visite sanitaire prescrite par le ministre des voies et communications.

Mer Méditerranée.

Une quarantaine de sept jours a été ordonnée sur toute la cote du Monténégro pour les navires venant des ports de la mer Noire.

Espagne.

La direction de la santé en Espagne a envoyé deux circulaires enjoignant, la première aux autorités des provinces maritimes le strict accomplissement de la visite d'admission de navires venant de la mer Noire ; la seconde rappelle à tous les préfets l'adoption des mesures sanitaires dans le cas où l'épidémie se rapprocherait. Le thermomètre a marqué cette semaine 40 degrés à l'ombre. Deux personnes sont mortes d'insolation à Séville. Les docteurs Cortezo et Mendoza sont envoyés à Paris par le conseil supérieur de santé et par le ministère de l'intérieur pour faire une enquête sur le caractère de l'épidémie cholériforme dans la banlieue de Paris. Chaque matin la presse espagnole publie des télégrammes alarmistes sur l'état sanitaire de Paris. Si les délégués médicaux espagnols venaient à déclarer que le choléra asiatique existe à Paris, le gouvernement de Madrid décrèterait immédiatement des mesures sanitaires, l'examen médical des voyageurs, la fumigation des bagages sur la frontière et la quarantaine d'observation dans les ports.

II. — Le [illegible]

Un télégramme d'Obock vient d'annoncer la mort d'un commissaire de la marine, qui a été emporté en quelques heures par une attaque de choléra. Le fléau avait fait, il y a quelques semaines, une brusque apparition à Harrar. Les Européens avaient dû quitter la ville pour camper à l'abri de la contagion. Bien que des [illegible] aient été prises, le mal se répandit dans la colonie anglaise de Zeilah. Une surveillance fut [illegible] avancés pour interdire le passage des caravanes de Harrar et de Zeilah ; mais les indigènes purent franchir [illegible] la frontière, et c'est ainsi qu'on apprit à Obock, le 17 [illegible], que trois décès étaient survenus dans notre ville naissante de Djibouti. Le surlendemain, M. Aubry, médecin de 1re classe, partait pour surveiller sur place la marche du fléau et prendre les mesures indispensables pour éviter la contamination d'Obock. Il alla à Boulo, poste placé à 24 kilomètres de Djibouti, sur la route du Harrar, et au poste de Lawada à la frontière franco anglaise, dont la petite garnison de miliciens fut renforcée. Il est à croire que cela n'empêcha pas le mal de se propager, car M. le Dr Aubry lui-même fut atteint. Mais, comme il venait d'arriver dans la colonie, il put résister à l'attaque et il a télégraphié, cette semaine, qu'il était rétabli, mais que l'état de sa santé exigeait l'envoi immédiat d'un autre médecin. M. B.

L'épidémie de diarrhée cholériforme de la banlieue de Paris.

Dans la banlieue, il est à remarquer que les cas de diarrhée cholériforme sont uniquement constatés chez les pauvres gens et que la maladie ne s'attaque qu'à des vieillards ou des enfants.

Les instituteurs du canton de Neuilly et de Courbevoie se sont réunis pour étudier les moyens d'éviter les contagions parmi les enfants des écoles.

La Préfecture de police communique la note suivante relative au service spécial d'inspection médicale pour Paris et la banlieue :

Le préfet de police vient de compléter les mesures déjà prises depuis l'apparition des cas de diarrhée cholériforme qui ont été [illegible] de la banlieue. Suivant le vœu émis par le Conseil d'hygiène et de salubrité grâce aux crédits que le Conseil municipal de Paris a mis vendredi à sa disposition, un nouveau service de renseignements et d'inspection médicale des épidémies a été organisé [illegible] depuis hier à la préfecture de police. A la tête de ce service est placé un comité permanent composé de [illegible] du Conseil d'hygiène et de salubrité : MM. le docteur [illegible], inspecteur général du service de santé des armées, membre de l'Académie de médecine, le docteur Dujardin-Beaumetz, [illegible], membre de l'Académie de médecine, le docteur Proust, professeur à l'Académie de médecine, inspecteur général des services sanitaires, membre de l'Académie de [illegible], M. le docteur Levraud, membre du Conseil municipal, président de la commission sanitaire du Conseil municipal, et M. [illegible], membre du Conseil municipal et de la commission sanitaire. Ce comité permanent [illegible] le service de [illegible] deux médecins titulaires et [illegible]. Les titulaires sont MM. le docteur [illegible], médecin des hôpitaux de Paris, auditeur au comité consultatif [illegible] de France, et le docteur Dubief, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire de bactériologie de l'[illegible]. Tous deux [illegible] par leurs travaux spéciaux, [illegible] M. le docteur Dubief s'est tout spécialement [illegible], et M. le docteur [illegible] au comité consultatif d'hygiène de France. [illegible] Le préfet [illegible] et d'inspection médicale [illegible] : MM. les docteurs [illegible]. [illegible] inspecteurs ont commencé leur tournée dans la banlieue.

Les cas de diarrhée cholériforme à Paris.

Plusieurs cas de diarrhée cholériforme ont été constatés la semaine dernière à Paris.

Dès la constatation des caractères cholériformes de leur affection, ces malades ont été aussitôt transportés par des voitures spéciales dans différents hopitaux de Paris, où des salles, d'avance isolées, étaient disposées pour les recevoir ; toutes les mesures de désinfection ont été prises de même à l'égard

de leurs log... ...urs vêtements et de leur linge. Dans aucun des arrondissement où ces cas se sont manifestés l'eau de Seine n'avait été distribuée.

Le Conseil municipal, sur la proposition de sa commission sanitaire, a donné au préfet de police les crédits nécessaires pour assurer, sous le contrôle du Conseil d'hygiène, un service spécial d'inspection médicale pour Paris et la banlieue. Des étuves nouvelles ont été créées aussi pour Aubervilliers, Clichy, Courbevoie et Saint-Ouen. Dans le cas où les cas de diarrhée cholériforme deviendraient plus fréquents dans la banlieue, on songerait même à établir des baraquements sur certains points déterminés de la banlieue, afin d'éviter le transport des malades dans les hôpitaux parisiens.

Proposition d'organisation d'un Bureau d'Hygiène à la Préfecture de Police.

MM. les Drs Paul BROUSSE et LEVRAUD ont déposé, sur le Bureau du Conseil municipal de Paris, une proposition dont ils ont demandé le renvoi à la Commission sanitaire :

« Les cas assez nombreux de maladies épidémiques constatés cette année ont ramené l'attention des personnes compétentes sur les défauts de l'organisation en ordre dispersé de nos services d'hygiène.

« Sans avoir, pour le moment du moins, la prétention de réunir en une seule direction tous les instruments que la loi répartit si malheureusement entre les deux préfectures de la Seine et de Police, il semble utile de faire cependant un pas vers cette concentration en groupant, au moins dans chacune des deux préfectures, les services qui y ressortissent et qui s'y trouvent épars.

« Déjà plusieurs de nos collègues ont déposé des propositions dont le Conseil municipal, la Commission de réorganisation des services municipaux et M. le Préfet de la Seine sont saisis. Il en résultera, nous en gardons encore l'espérance, une meilleure organisation de ceux des services qui dépendent de la Préfecture de la Seine.

« Nous venons aujourd'hui, Messieurs, vous proposer d'entrer dans la même voie pour la réorganisation des services d'hygiène placés par la loi sous l'autorité de M. le Préfet de Police.

« Ici, nous avons d'ailleurs l'avantage de rencontrer un éminent collaborateur dans le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine. Nous voudrions placer sous son controle, sous la surveillance d'une Commission qu'il élirait, le Bureau d'hygiène à créer à la Préfecture de Police.

« Suivant nous, ce Bureau d'hygiène devrait être rattaché directement au Secrétariat général formant, si nous pouvons nous exprimer ainsi, le service scientifique destiné à assurer la sécurité de la santé publique, à côté et en dehors du service de la Sûreté.

« Il se composerait :

« 1° D'un technicien, chef de service ; — 2° D'un bureau de renseignements qui puiserait ses informations aux sources suivantes : mairies, commissariats de police, service des garnis, commission des logements insalubres, commissions d'hygiène, médecins des hôpitaux, des écoles, des bureaux de bienfaisance, de l'état civil, des dispensaires, des crèches, service de la statistique municipale, et, quand la loi en aura inscrit l'obligation, de tous les médecins civils et les sages-femmes ; — 3° D'un service complet de désinfection et de transports de contagieux.

« En conséquence, nous demandons au Conseil le rapport d'urgence à la commission sanitaire du Conseil municipal. »

Nous ne pouvons qu'approuver cette proposition. Il est bien à désirer qu'un jour tous les services relatifs à l'hygiène et à la salubrité publiques soient groupés sous une même direction, c'est-à-dire sous celle du préfet de la Seine.

Souscription pour le buste de Léon Tripier.

Un Comité de souscription s'est organisé dans le but de consacrer par un buste le souvenir du regretté Léon Tripier, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine et ancien professeur d'anatomie à l'Ecole des beaux-arts. Les souscriptions ou les bulletins de souscription sont reçus : 1° Chez M. Gangolphe, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'Hotel-Dieu, rue de la République, 81, à Lyon ; 2° Au bureau du *Lyon Médical*, 48, rue de la République, à Lyon ; 3° Au bureau de la *Province Médicale*, 15, rue Saint-Dominique, à Lyon.

L'Inauguration des nouvelles Peintures de la salle de garde des Internes en médecine à l'Hôpital de la Charité.

Samedi dernier, à 9 heures, a eu lieu l'inauguration solennelle des nouvelles peintures qui décorent si joliment la salle de garde des internes en médecine de l'hôpital de la Charité. A cette fête intime assistaient MM. les Drs Potain, Budin, Hallopeau, Charrin, Œttinger, etc., quelques personnalités politiques, entr'autres M. Defert, maire du VIe arrondissement, le directeur de l'hôpital, etc., une foule d'internes des hôpitaux et quelques camarades des artistes qu'on fêtait, élèves de l'atelier J.-P. Laurens.

On a vivement félicité ceux qui ont consacré des mois entiers à décorer d'une façon si humoristique, si pétillante d'esprit, cette maigre salle de garde, aux voûtes basses, voisine de son aînée qui, sous le nom de cabinet des médecins de la Charité, abrite depuis longtemps de véritables merveilles, aujourd'hui connues de tous et signées d'hommes tels qu'Harpignies, Français, etc.

Tous nos compliments personnels aux artistes, MM. Isaac, Olivié-Bon, Bellery-Desfontaine, dont les tableaux ont déjà été vivement remarqués aux Salons de la Rose-Croix (l'*Anesthésie*, par Isaac) et des Champs-Elysées (*Le laboratoire de l'interne*, par Olivié-Bon et *La contre-visite de l'interne*, par Bellery-Desfontaine, mention honorable du Salon). N'oublions pas les portraits si gais et si spirituels des internes en exercice (1891 et 1892) et les profils extraordinairement réussis des chefs de service et du directeur de l'hôpital.

Ce soir là, Montmartre était descendu au Quartier Latin et le Hall de Bullier et le Moulin de la Galette ont fraternisé à la plus grande joie de tous, sous l'œil de maîtres vénérés.

A signaler plus particulièrement quelques numéros du programme de cette joyeuse fête et du concert artistico-médical qui l'a terminée ; la *Chanson des Internes* ; celle des *Statues du Quartier Latin* ; la *Complainte des Internes de la Charité* et un intermède fort goûté : la *Danse de la Belle Fatma*, par l'atelier J.-P. Laurens.

Il est au moins très piquant de constater ce retour aux beaux jours passés dans la même salle de garde où du temps des Dujardin-Beaumetz et des Fauvel les rapins descendaient en théories serrées des hauteurs faubouriennes vers le triste hôpital de la rue Jacob. Marcel BAUDOUIN.

L'Assistance publique et les Fonds du Pari Mutuel.

La Commission de répartition des fonds du Pari Mutuel s'est réunie jeudi, il y a 8 jours, au Ministère de l'Agriculture, sous la présidence de M. Develle. Elle a accordé à diverses œuvres de bienfaisance des subventions s'élevant, en totalité, à la somme de 978,500 francs. En voici la liste :

Paris. — Création d'un deuxième asile pour le patronage des détenues et des libérées : 24,000 francs. Création d'une crèche dans le quartier de Plaisance : 4,000 francs. Création et installation d'ateliers, 17, rue Salneuve, pour la Société d'assistance des Batignolles-Monceaux : 15,000 francs. Installation d'un asile, rue Violet, à Grenelle, pour les œuvres des Petites Préservées et du Vestiaire des petits prisonniers : 40,000 francs. Création à Tracy (Oise) d'un atelier d'apprentissage pour les femmes aveugles (Association Valentin Haüy, pour le bien des aveugles) : 10,000 francs. Création d'un atelier au marché Saint-Germain, pour l'Union d'assistance par le travail du sixième arrondissement : 10,000 francs. Achats de machines et outils nécessaires au fonctionnement des ateliers créés par l'Œuvre libre d'assistance dans sa maison de la rue Félicien-David : 30,000 francs. Construction d'un pavillon, à Rueil, pour la Société maternelle parisienne : 56,000 fr. Création d'ateliers à l'école Braille et construction d'un pavillon d'isolement à la clinique nationale des Quinze-Vingts, pour le traitement de l'ophtalmie purulente : 400,000 francs.

Départements. — *Doubs* : Construction d'un hôpital à Montbéliard : 50,000 francs. — *Dordogne* : Reconstruction, à Laforce, de l'asile de Bethesda, destiné aux femmes idiotes et infirmes : 50,000 francs. — *Haute Garonne* : Projet de création, à Bagnères-de-Luchon, d'un hôpital national destiné à recevoir les indigents de tous les départements : 100,000 francs. — *Isère* : Construction d'un nouvel hôpital à la Tour-du-Pin : 40,000 fr. — *Seine-Inférieure* : Acquisition de deux étuves à désinfecter pour les hospices de Rouen : 12,000 francs. Translation de l'hôpital d'Aumale sur l'emplacement de l'ancien château de ce nom : 15,000 francs. Installation, à l'hospice de Lillebonne, d'une salle d'opérations et renouvellement de la lingerie : 2,500 francs. — *Rhône* : Construction, à Lyon, d'ateliers pour les deux sexes (œuvres d'assistance par le travail) : 50,000 francs. — *Lot-et-Garonne* : Acquisition, pour l'hospice de Nérac, d'une étuve à désinfecter et travaux urgents de grosses réparations : 6,000 fr. — *Manche* : Acquisition, pour l'hospice de Saint-Lô, d'une étuve

à désinfecter : 6,000 francs. — *Loire-Inférieure* : Construction d'un pavillon d'isolement dans la ville de Chantenay 15.000 fr. Création d'un nouveau pavillon à l'hopital marin de Pen-Bron : 40,000 francs. — *Seine et-Oise* : Acquisition d'etuves à désinfecter : 3,000 francs.

Ajoutons que la Commission s'est longuement occupée de la création d'un *hospice marin pour les enfants scrofuleux du département de la Seine*, l'emplacement primitivement choisi à la Boulerie, près Saint-Raphael, ayant été abandonné. Elle prendra une décision à ce sujet dans sa prochaine séance. Nous reviendrons bientôt nous-mêmes sur cet intéressant sujet, que nous avons déjà bien des fois traité dans ce journal.

Inauguration de l'hospice Debrousse.

La semaine dernière a eu lieu, rue de Bagnolet, 148, à Belleville, l'inauguration d'un nouvel hospice dû à la générosité de la baronne Alquier qui a, il y a quelques années, laissé à l'Assistanee publique une somme qui, avec les intérêts, s'élève à la somme de plus de 8 millions. Cet hospice, d'après le vœu de la testatrice, est consacré à la mémoire de son père et doit porter son nom : hospice Debrousse, devant donner gratuitement asile à 200 vieillards des deux sexes.

A quatre heures, les nombreux invités étaient reçus à l'arrivée par MM. Poubelle, préfet de la Seine ; Peyron, directeur de l'Assistanee publique ; Derouin, secrétaire général ; Isnard, inspecteur ; Louis Gallet, chef de division et un grand nombre de directeurs des hôpitaux et hospices de Paris. Parmi les assistants, nous avons remarqué MM. Sauton, Lucipia, Navarre, Patenne, Cattiaux, Berry, Faillet, Réties, Péan, membres du Conseil municipal de Paris ; Thomas, Vert, Girard, Risler, etc., maires de Paris. La musique de la garde républicaine prêtait son gracieux concours à cette cérémonie. Après la visite de l'établissement, des discours ont été prononcés par MM. Poubelle, Peyron et Emile Debrousse, frère de la baronne Alquier. Après un lunch très bien servi sous une superbe tente et dont les honneurs ont été faits avec la plus grande courtoisie par M. Baron, directeur de l'hospice, les invités se sont retirés en emportant un excellent souvenir de cette bonne journée et surtout de la magnifique installation de cet hospice modèle auquel il sera prochainement consacré un article spécial dans ce journal.

A. R.

Congrès d'Anthropologie criminelle.

Une session du Congrès international d'Anthropologie criminelle, ayant pour objet l'étude de la *criminalité chez l'homme dans ses rapports avec la biologie et la sociologie*, se tiendra à Bruxelles du 7 au 14 août 1892, sous le haut patronage du Gouvernement Belge.

Comité d'organisation. — Président d'honneur : M. Jules Lejeune, ministre de la justice ; — *Président* : M. le Dr Semal, directeur de l'asile d'aliénes de l'Etat ; — *Vice-Presidents* : M. le Dr Héger, M. le Dr Lefebvre, M. Nyssens, M. Thiry ; — *Secrétaires Généraux* : M. le Dr Houzé, M. le Dr Francotte ; — *Secrétaires des séances* : M. le Dr de Boeck et MM. P. Hymans, Is. Maus, P. Otlet ; — *Questeur-Trésorier* : M. Van Gael.

PROGRAMME. — 1re SÉRIE.

Thèses mises en discussion dont les rapports préalables seront publiés et transmis avant le 1er juillet 1892 à tous les adhérents souscripteurs (1).

Anthropologie criminelle. — Existe-t-il un type criminel anatomiquement determiné ? Rapporteurs : MM. les Drs Houzé et Warnots, agrégé de l'Université de Bruxelles. — Etude critique des caracteres du criminel-né. Rapporteur : M. le Dr Brouardel, doyen de la Faculte de Paris. — Pluralite des types de criminels-nés. Rapporteurs : MM. les Drs Van Deventer, medecin en chef à Amsterdam (Hollande), et Van Gehuchten, professeur à l'Université de Louvain. — Origine morbide des caracteres reconnus chez les criminels-nés. Rapporteurs : MM. les Drs Jelgersma, aliéniste a Meeremberg (Hollande), et Cuylits, médecin chef de l'asile d'Evere. — De l'homicide dans ses rapports avec la race en Europe. Rapporteur : M. Enrico Ferri, député au Parlement italien, professeur de droit criminel à l'Université de Pise. — Des caractères de la criminalité chez la femme. Des caractères de l'incorrigibilite. Rapporteurs : MM. les Drs Cesare Lombroso, professeur a l'Universite de Turin (Italie), et Morel, médecin en chef à l'hospice Guislain, aliéniste de l'administration penitentiaire, inspecteur-adjoint des asiles.

Psychologie et psycho-pathologie criminelles. — L'obsession criminelle [illegible]. Rapporte[illegible] chef à l'asile Sainte-Anne, à Paris. — [illegible] du meurtre. Rapporteur : M. le Dr [illegible], professeur à Geneve. — Les suggestions criminelles et la responsabilité pénale. Rapporteurs : MM. les Drs Benedikt, professeur a l'Université de Vienne (Autriche) ; Voisin, médecin en chef de la Salpêtrière à Paris, et Bérillon, à Paris. — Le délit collectif (Criminalité des foules et des sectes). Rapporteur : M. Tarde, juge d'instruction à Sarlat (Dordogne), France. — La préméditation obsessive comme circonstance atténuante. Rapporteur : M. le Dr Semal. — Le mobile du crime chez l'enfant et l'adolescent. Rapporteur : M. le Dr Mottet, médecin-expert à Paris.

Sociologie criminelle. — La délinquance dans l'histoire et dans la politique. Rapporteur : M. le chevalier Edmond Mayor, secrétaire général du Congres de Rome. — Influence de la crise économique actuelle sur la délinquance. Rapporteur : M. Hector Denis professeur d'économie politique à l'Université libre de Bruxelles. — Influence des professions sur la criminalité. Rapporteur : M. le Dr Coutagne, médecin-expert à Lyon. — De l'importance respective des éléments sociaux et des éléments anthropologiques dans la détermination de la pénalité. Rapporteur : M. Gauckler, professeur de droit criminel à la Faculté de droit de Caen.

Applications légales et administratives de l'anthropologie criminelle. — Aperçu des applications de l'anthropologie criminelle. Rapporteurs : MM. de Ryckère, substitut au tribunal de 1re instance, a Bruges ; Baron Garofalo, president du tribunal de Ferrare (Italie) ; Dr Von Litszt, professeur à l'Université de Halle (Allemagne) ; Professeur Benedickt, à Vienne ; Dr Masoin, prof. à l'Université de Louvain, secrétaire de l'Académie de médecine, aliéniste de l'Administration pénitentiaire. — Des mesures applicables aux incorrigibles et de l'autorité apte à en fixer le choix. Rapporteurs : MM. le Dr Van Hamel, professeur de droit criminel à l'Université d'Amsterdam ; Alimena, avocat à Naples ; F. Thiry, professeur de droit criminel a l'Université de Liege. — De la nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains delinquants comme un devoir de l'instruction à leur charge. Rapporteur : M. le Dr Paul Garnier, médecin en chef de la Préfecture, à Paris. — L'inversion génitale et la législation. Rapporteurs : MM. les Drs De Rote, vice-président de la Société de médecine mentale de Belgique ; professeur Mendel, à Berlin ; Hubert, professeur à l'Université de Louvain. — Les prisons-asiles et les réformes pénales qu'elles entraînent. Rapporteurs : MM. le Dr Debock et Paul Otlet, avocat à Bruxelles ; Goddyn, juge au tribunal de Gand ; Dr Ramlot, médecin-adjoint des hôpitaux, à Bruxelles.

2e SÉRIE.

Communications ne faisant pas l'objet de rapports préalables et qui seront lues en séance du Congrès, dans l'ordre déterminé par le bureau.

Des principes fondamentaux de l'école d'anthropologie criminelle. Auteur : M. Dimitri Drill, avocat et publiciste à Moscou. — Insuffisance des mesures craniométriques en usage pour la mensuration des cranes pathologiques. Auteur : M. le Pr Benedikt. — Nécessité des mêmes mesures pour la mensuration des cranes normaux et pathologiques. Auteur : M. le Dr Houzé. — L'inneité et l'hérédite du crime. Auteur : M. le Dr Manouvrier, professeur à l'école d'anthropologie de Paris. — Etiologie fonctionnelle du crime. Auteur : M. le Dr Dallemagne, chef du service des autopsies aux hopitaux de Bruxelles. — Du suicide et de la folie chez les délinquants. Auteur : M. le Dr Semal. — De l'influence de la simulation sur les accès réels de folie. Auteur : M. le Dr Féré, médecin de Bicêtre, a Paris. — Les grands crimes politiques devant l'anthropologie. Auteur : M. le Dr Alvarez Taladriz, de Valladolid (Espagne). — Les sentiments primordiaux des criminels. Auteur : M. le Dr Lacassagne, professeur a l'Université de Lyon. — Des applications de l'anthropologie au droit civil. Auteur : M. Giulio Fioretti, avocat a Naples. — Dans quelle mesure est-il désirable et praticable d'entreprendre des etudes de psychologie et de psycho-pathologie criminelles dans les prisons ? Auteurs : M. le Dr Professeur Van Hamel, d'Amsterdam, et M. le Dr Jelgersma, de Meerenberg. — Nécessité d'introduire l'étude de l'anthropologie criminelle dans les cliniques psycho-pathologiques et de la rendre obligatoire pour les futurs aliénistes et les futurs avocats. — M. le Dr Winkler, à Utrecht.

Toutes les communications doivent être adressees au Président du Comite, rue de la Loi, 11, a Bruxelles.

On est prie de faire parvenir les adhésions avant le 1er mai afin de prevenir tout retard dans l'envoi des rapports.

Le recouvrement du montant des cotisations sera effectué par les soins du Comite d'organisation au moyen de quittance postale.

Congrès de la Tuberculose.

Les questions mises à l'ordre du jour pour le troisième Congrès, qui aura lieu à la fin de juillet 1893, sont les suivantes :

(1) Le bureau déterminera l'ordre de discussion des rapports.

...ion et de l'hérédité dans la propagatio... ...erculose.

2. *Des maladies infectieuses comme agents provocateurs de la tuberculose. Du rôle de certaines d'entre elles dans la localisation de la tuberculose ; par exemple : de la blennorrhagie dans l'éclosion de la tuberculose du testicule, de la grippe dans l'apparition ou l'aggravation de la tuberculose pulmonaire, etc.*

3. *Des trêves de la tuberculose. De la durée de ces trêves. Des moyens de les reconnaître et de prévoir leur cessation. Des causes de la récidive.*

4. *Des divers moyens de diagnostic de la tuberculose bovine; en particulier, rechercher si l'inoculation de la tuberculine est un moyen sûr et certain d'établir le diagnostic de la tuberculose chez les bovidés.*

5. *Des dangers qui peuvent provenir de l'inhumation des cadavres de tuberculeux. De l'opportunité de remplacer l'inhumation par la crémation; de la nécessité de détruire les bacilles tuberculeux dans les cadavres.*

6. *Des nouveaux modes de traitement prophylactique et curatif de la tuberculose, basés sur l'étiologie.*

7. *Utilité de la généralisation du service d'inspection des viandes.*

Nous rappelons qu'*un prix de 3,000 francs* sera donné au meilleur travail sur la question suivante : *Sur les moyens de diagnostiquer la tuberculose latente, avant son apparition ou après sa guérison.*

Envoyer les mémoires, inédits et écrits en français, avant le 1er avril 1893, à M. le Dr L.-H. Petit, 76, rue de Seine. Ces mémoires devront être accompagnés d'une enveloppe cachetée, contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

La Musique employée comme moyen thérapeutique.

Dans une récente conférence sur *l'Influence de la musique sur l'organisme humain*, le Pr Tarchanow, de Saint-Pétersbourg, affirmait que la musique rendait les plus grands services en médecine et que, par son propre usage, le système peut s'accorder comme un instrument de musique. Ceux qui souffrent de désordres du système nerveux, les épileptiques principalement, peuvent, d'après lui, ressentir un certain adoucissement par la musique, mais le remède doit être employé avec discernement, car, dans certains cas, il produit un effet contraire à celui qu'on en attend. Ceci, soit dit en passant, n'est pas un déshonneur pour la vertu thérapeutique de la musique, puisqu'on pourrait dire exactement la même chose de l'opium. Le Pr Tarchanow attribue l'insuccès fréquent de la musique en cela qu'elle est souvent employée à des moments mal choisis. Il est convaincu qu'une heure viendra où la musique « entre les mains de médecins spécialistes » deviendra un agent puissant pour le soulagement des malades. Et il s'écrie : « Comment peut-il en être autrement quand une série de cas a prouvé que la musique est le plus puissant régulateur du caractère et des sentiments des hommes, qui dominent beaucoup de côtés de la vie psychique et physique, ainsi que de l'organisme ? » — Il pourrait se faire qu'une critique profane suggérât que les musiciens ne donnent pas comme exemple cette parfaite régulation de leurs émotions qu'on pourrait espérer ; mais ceci n'est peut-être que le résultat de la tolérance d'un usage immodéré. Au point de vue général, on peut dire que l'effet calmant de la musique sur les malades est universellement admis, et les expériences cliniques de la Société Sainte-Cécile, qui ont été rapportées par Canon Harford, dans le *British Medical Journal*, de temps en temps, démontrent qu'elle a un effet particulièrement bienfaisant dans certains cas d'insomnie. Elle peut aussi sans doute calmer la souffrance, non par un effet analgésique agissant sur les centres nerveux, mais en faisant oublier aux malades leurs souffrances.

C'est là-dessus que repose l'emploi de la musique comme moyen thérapeutique, et il ne nous paraît guère possible qu'elle puisse faire plus. Orphée, aux accords de son luth, faisait danser les montagnes et les arbres, et la musique de Pied Piper a prouvé que c'était un puissant dérivatif pour les rats d'Hamelin, mais nous doutons fortement que Canon Harford arrive à conjurer une tumeur ou à purger, de ses bacilles, un poumon tuberculeux. Dans les limites indiquées, la musique peut cependant être un auxiliaire puissant pour la médecine, et à cette époque de « nerfs » elle pourrait peut-être jouer un rôle important en prévenant de nombreuses maladies qui sont alimentées, sinon actuellement engendrées, par l'affaiblissement et la fatigue.

Nous espérons donc qu'on peut encourager Canon Harford et ses collègues à persévérer dans leurs efforts à employer le plus spirituel et le plus joli des arts au service des souffrances de l'humanité. (*British med. Journ.*, 7 mai 1892, p. 984).

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1891, par le Dr Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	13	26	2	41
2e	12	19	8	39
3e	34	39	13	86
4e	30	53	11	94
5e	22	37	23	82
6e	21	20	9	50
7e	13	30	7	50
8e	9	10	4	23
9e	17	33	5	55
10e	32	36	12	80
11e	89	132	52	273
12e	31	52	26	109
13e	52	83	37	172
14e	53	74	40	167
15e	54	87	37	178
16e	11	21	6	38
17e	64	72	40	176
18e	60	125	58	243
19e	68	94	5[illegible]	214
20e	99	164	81	344
	784	1207	523	2514

MALADIES OBSERVÉES.

Maladies		Maladies	
A		**E**	
Angines et laryng.	202	Affect. cérébrales	95
Croup	38	Eclampsie. Convuls.	80
Coqueluche	2	Tétanos	»
Corps étrangers de l'œsophage	3	Névralgies	34
Otite	2	Névroses	98
Ophthalmie	»	Epilepsie	26
B		Aliénation mentale.	11
		Alcoolisme. Delirium tremens.	22
Asthme	65	Rage	2
Affections du cœur.	74	Syphilis constitut.	»
Bronchites aiguës et chroniques	262	**F**	
Pleuro-pneumonie.	134	Rhumatisme	34
Congestion pulmonaire	46	Affections éruptives	36
Grippe	»	Pustule maligne.	»
C		Fièvre intermitt.	4
		Fièvre typhoïde.	19
Affections et troubles gastro-intestinaux	176	Hémorrhagies de causes internes et externes.	91
Cholérine	62	**G**	
Dysentérie	5		
Athrepsie	90	Plaies. Contusions.	104
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	84	Fractures. Luxations. Entorses	25
		Brûlures	8
Hernie étranglée	30	Congélat. des pieds	»
Rétention d'urine	17	Empoisonnements	28
Fissure à l'anus	»	Asphyxie par le charbon	9
Orchite	7	— submersion.	»
Chute du rectum	»	Suicide	4
Vulvo-vaginite	»	**H**	
D			
Métrite. Métro-péritonite	75	Morts à l'arrivée du médecin	58
Métrorrhagie	65		
Fausse-couche	82		
Accouc. Délivrance	179		
Accouc. non terminé	36	Total	2514

La moyenne des visites par nuit est de 27 60/100.

Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 26/100.

Les hommes entrent dans la proportion de 34 0/0.

Les femmes — — de 50 0/0.

Les enfants au-dessous de 3 ans, 16 0/0.

Visites du 4e trimestre de 1890.	.	2,390
— 4e —	1891.	2,514
Différence en plus.		124

Le mois de janvier, pendant lequel l'épidémie de grippe a sévi, comprend à lui seul 1,117 visites de nuit.

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1891.

	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er Trimestre	793	1.291	586	2.670
2e Trimestre	638	958	464	2.060
3e Trimestre	626	1 033	413	2.069
4e Trimestre	784	1.207	523	2.514
	2.841	4.486	1.986	9.313

Pour l'année 1890, le nombre des visites de nuit était de.	9.110
Pour l'année 1891, — —	9.313
Différence en plus pour 1891	203

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876. 1re année, 3.616 visites de nuit.
1877. 2e année, 3.312 visites de nuit.
1878. 3e année, 3.571 visites de nuit.
1879. 4e année, 5.282 visites de nuit.
1880. 5e année, 6.341 visites de nuit.
1881. 6e année, 6.521 visites de nuit.
1882. 7e année, 6.891 visites de nuit.
1883. 8e année, 6.895 visites de nuit.
1884. 9e année, 8.712 visites de nuit.
1885. 10e année, 7.494 visites de nuit.
1886. 11e année, 7.553 visites de nuit.
1887. 12e année, 7.168 visites de nuit.
1888. 13e année, 7.408 visites de nuit.
1889. 14e année, 8.544 visites de nuit.
1990. 15e année, 9.110 visites de nuit.
1891. 16e année, 9.313 visites de nuit.

Le service a été assuré pendant l'année par 520 médecins, 505 sages-femmes et 536 pharmaciens.

Les serpents venimeux du Japon.

M. le Dr Viaud-Grand-Marais a lu, à l'une des dernières séances de la *Société de médecine de Nantes*, un intéressant travail sur *les Serpents venimeux du Japon, leurs morsures et le traitement qui leur est opposé.* Dans une note précédemment publiée par lui sur l'envenimation étudiée dans les divers groupes d'Ophidiens, il citait, d'après la plupart des auteurs, des Vipères analogues aux nôtres et le *Trigonocephalus Blomhoffii Boiè*, dans l'empire du Mikado. Un missionnaire français vient de lui envoyer des renseignements rectifiant ce qu'il avait écrit. Il ne paraît pas y avoir de Vipères proprement dites au Japon. Le serpent qu'on désigne sous le nom de *Mamushi*, mot traduit par vipère, est le *Hira Kuschi* ou *Fira Kuschi*, c'est-à-dire le *Trigonocephalus Blomhoffii*, l'*Halyx Blomhoffii* des auteurs anglais. C'est un crotalien à peu près de la taille de notre *Vipera Aspis*, et en offrant les variétés de teinte, d'où la confusion. Il en a, de plus, les mœurs ; mais il possède quatre narines et a des plaques sur la tête. La léthalité de ses morsures est comparable à celle de notre Vipère. Un Père a vu dans un musée, où l'*Hira-Kuschi* est désigné sous son nom latin, au autre crotalien de couleur verte, à tête granuleuse, qui ne peut être que le *Tremisurus* ou *Bothrops viridis*.

M. Viaud-Grand-Marais espérait recevoir du Japon des recettes alexipharmaques nouvelles. Hélas ! le pays s'est par trop européanisé ! On ne lui a envoyé qu'une page d'un de ses derniers travaux... La ligature, l'élargissement des plaies, la succion et la cautérisation avec un mélange à parties égales d'acide phénique et d'alcool concentré, forment la base du traitement. L'emploi du permanganate de potasse est même connu de nos confrères de l'Extrême-Asie. Il va falloir compter avec leurs travaux médicaux. (*Gaz. de méd. de Nantes*).

Un anesthésique Chinois.

M. le Dr Lambuth, dans son rapport sur l'hopital de Soochow, cite un cas d'opération dans lequel il avait employé la cocaine pour extraire de l'œil un corps étranger. Un médecin chinois, qui assistait à l'opération et y avait pris un vif intérêt, lui dit qu'on possédait en Chine un anesthésique de même puissance dont la base est l'humeur de l'œil de grenouille. Incrédulité du docteur allemand, et offre du médecin chinois de prouver ses dires.

Peu après, le médecin chinois retournait à l'hôpital avec une substance achetée dans les boutiques de Soochow, qui ressemblait à la cire, mais était moins onctueuse, plus sombre de couleur et demi transparente. Il coupa en morceaux cette tablette et la mit macérer dans l'eau plusieurs heures avec une petite excroissance blanche ligneuse. Au bout de 24 heures l'anesthésique était prêt, le professeur allemand l'employait et constatait à sa grande surprise que cette substance était douée de propriétés supérieures à celles de la cocaine. Appliquée par exemple sur les lèvres et sur la langue, elle les endormait complètement, et un doigt laissé pendant quelques minutes dans cette solution pouvait être traversé par une épingle sans faire éprouver la moindre douleur au patient.

La base de l'anesthésique, le Dr Lambuth en convient, est dans l'humeur des yeux de grenouille ; mais la *Revue* qui donne les détails précités est malheureusement muette sur les moyens de préparer ce singulier succédané de la cocaine. (*Cosmos*).

FORMULES

III. — Préparations antiblennorrhagiques.

Opiat antiblennorrhagique de CASPARD.

Amandes douces pulvérisées. . 24 grammes.
Cachou pulvérisé. . . . . . 2 —
Baume de copahu . . . . . 12 —
Poudre de guimauve . . . . Q. s.

A prendre dans les 24 heures.

Opiat de BEYRARS.

Baume de copahu . . . . . 30 grammes.
Magnésie calcinée . . . . . 3 —
Cachou pulvérisé. . . . . . 5 —
Cubèbe pulvérisé. . . . . . 40 —
Essence de menthe . . . . } ââ V gouttes.
— de cannelle . . . }

De 10 à 20 grammes par jour.

Electuaire de cubèbe (Dr FOURNIER).

Cubèbe pulvérisé. . . . 16 à 30 grammes.
Sirop de goudron . . . Q. s.

A prendre en 6 ou 8 fois dans la journée.

Opiat antiblennorrhagique de DIDAY.

Baume de copahu . . . . . 12 grammes.
Poivre cubèbe . . . . . . 18 —
Poudre de jalap . . . . . . 3 —
Gomme-gutte pulvérisée . . . 0 gr. 20 c.
Sirop de roses pâles . . . . Q. s.

A prendre en plusieurs fois dans le courant de la journée.

Electuaire térébenthiné.

Térébenthine de Venise . . . 30 grammes.
Baume de copahu . . . . . 20 —
Cubèbe pulvérisé . . . . . 80 —
Magnésie calcinée . . . . . Q. s.
Essence de menthe . . . . . XX gouttes.

F. s. a. un opiat dont on prendra 10 à 20 grammes par jour.

IV. — Injections antiblennorrhagiques.

Injection astringente.

Cachou pulvérisé. . . . } ââ 5 grammes.
S.-nitrate de bismuth pulv. }
Eau de roses gommée . . . 200 —

F. s. a.

Injection astringente iodoformée.

Tannin . . . . } ââ 2 gr. 50.
Iodoforme pulvérisé. . . }
Glycérine . . . . 31 grammes.
Eau de roses . . . . 94 —

F. s. a.

Injection à l'iodure de fer (RICORD).

Proto-iodure de fer . 0 gr. 10 à 2 grammes.
Eau distillée . . . . 200 —

1 à 2 injections par jour.

Injection au permanganate de potasse (DIDAY).

Permanganate de potasse. . . 0 gr. 20 c.
Eau distillée . . . . 200 grammes.

F. s. a.

Injection au sulfate de quinine.

Sulfate *neutre* de quinine . 1 à 2 grammes.
Eau distillée . . . . 200 —

F. s. a.

Injection au sulfophénate de zinc.

Sulfophenate de zinc . . . . 2 grammes.
Eau distillée de roses . . . . 200 —

F. s. a., 2 à 3 injections par jour. P. Y.

V. — Poudres dentifrices et opiats divers.

Poudre dentifrice antiseptique (LE GENDRE).

Poudre d'acide borique. . . . 10 grammes.
— de chlorate de potasse . 3 —
— de gayac . . . . . . 6 —
— de carbonate de chaux . 16 —
— — de magnésie 16 —
Essence de menthe ou de géranium . . . . IV gouttes.

Poudre antiseptique décolorante.

Chlorure de chaux . . . . . 5 grammes.
Phosphate de chaux. . . . . 30 —
Poudre de savon. . . . . . 10 —
Corail pulvérisé . . . . . . 10 —

Poudre dentifrice de TOIRAC.

Carbonate de chaux. . . . . 40 grammes.
Magnésie calcinée . . . . . 80 —
Sucre pulvérisé . . . . . . 40 —
Crème de tartre pulvérisé. . . 12 —
Essence de menthe . . . . . X gouttes.

Opiat dentifrice à la glycérine.

Carbonate de chaux précipité. }
Poudre de savon. . . . . . } ââ 50 grammes.
Glycérine . . . . }
Carmin . . . . Q. s.
Essence de menthe . . . . . X gouttes.

Poudre dentifrice (POINSOT).

Craie préparée	20 grammes.
Gomme arabique pulvérisée . .	20 —
Bicarbonate de soude pulv.. .	8 —
Salol.	4 —
Chlorhydrate de quinine . . .	0 gr. 50.
Saponine	1 gramme.
Essence de menthe	VIII gouttes.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — La chaire de médecine expérimentale et la chaire thérapeutique sont déclarées vacantes. Un délai de vingt jours à partir de la publication desdits arrêtés est accordé aux candidats à chacune des chaires dont il s'agit pour produire leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. BOSC (Pierre), aide-préparateur d'histologie à ladite Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, à partir du 1er juin 1892, préparateur de médecine légale à ladite Faculté, en remplacement de M. Castan, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE. — M. BORDIER, docteur en médecine, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1891-1892, d'un cours d'histoire naturelle à ladite Ecole.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — *Congrès de Pau* (15-22 septembre 1892.) — Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences doit se réunir à Pau du 15 au 22 septembre 1892. Le Conseil de l'Association ayant décidé depuis plusieurs années qu'un sujet spécial serait désigné à l'avance pour être porté à l'attention de chaque section et soumis à sa discussion, on a posé, pour le Congrès de Pau, le problème suivant à la section d'Anthropologie : *La question Basque* : 1° *Histoire et origine du peuple basque* ; 2° *Ses caractères anthropologiques* ; 3° *Sa langue* ; 4° *Ses traditions populaires ou folklore.*

ASSOCIATION PHILOTECHNIQUE DE NEUILLY. — Dimanche dernier a eu lieu, à Neuilly, la distribution des prix aux élèves de l'Association philotechnique et du cours d'adultes. M. le Ministre de l'Instruction publique avait bien voulu déléguer, pour le représenter à cette cérémonie, M. Frédéric Passy, membre de l'Institut et ancien député de Paris. — L'Association philotechnique de Neuilly, qui en est à sa dix-huitième année d'existence, compte parmi ses conférenciers plusieurs de nos collaborateurs et, le *Progrès Médical* était dignement représenté par Mme Edwards-Pilliet, MM. Sollier, Kœnig et Captes. Dans cette partie de la banlieue de Paris, réfractaire encore aux idées libérales le succès de nos amis, qui donnent leur concours empressé à cette excellente Association, nous montrent que la place de résistance de la réaction est déjà entamée et que la victoire définitive n'est plus qu'une question de persévérance. M. Frédéric Passy, l'un des fondateurs, a eu raison de rappeler les débuts modestes et les progrès incessants accomplis dans cette carrière déjà longue : c'est une œuvre à laquelle il a apporté toute son énergie et tout son dévouement. Malgré ses détracteurs, l'Association philotechnique continuera à répandre la lumière dans ce milieu où tant d'autres cherchent à l'étouffer.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Légion d'honneur.* — Est nommé *Officier* : M. Landolt (Edmond), citoyen suisse, docteur de la Faculté de Paris, chirurgien oculiste consultant de l'institution des Jeunes-Aveugles. — Sont nommés *Chevaliers* : MM. Mazières, docteur-médecin à Saint-Genis (Charente-Inférieure). Donne depuis trente-neuf ans des soins gratuits aux militaires de la brigade de gendarmerie de Saint-Genis et à leurs familles. — Desprez, docteur-médecin, chirurgien en chef de l'hospice de Saint-Quentin. Services exceptionnels rendus à la commission spéciale instituée pour l'examen des appareils pour le transport en chemin de fer des militaires blessés.

ÉTAT SANITAIRE DE LONDRES. — Le rapport publié par l'office des asiles métropolitains de Londres constate que les cas de fièvre scarlatine et typhoïde deviennent de plus en plus nombreux. Il y a actuellement 2,571 malades dans les hôpitaux de la métropole.

L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL DE PARIS. — On sait que le Conseil général de la Seine a voté en principe la création de l'Institut médico-légal demandé par M. Alpy. M. Alpy a exposé, à la séance du 11 juillet dernier, que cette création a pour objet d'installer, hors de la Morgue, d'importants services tels que ceux qui ont trait à la justice criminelle et à l'enseignement pratique de la médecine légale. L'emplacement choisi serait situé à l'angle du quai aux Fleurs et de la rue du Cloître-Notre-Dame. Il a fait également observer que la dépense qui, au total, s'élèvera à un million environ, sera supportée moitié par l'Etat et moitié par le département de la Seine. Mais M. Lucipia, estimant que le département a été trop souvent la dupe de l'Etat, a déposé un amendement tendant à ce qu'aucun crédit ne soit inscrit au budget tant que l'Etat n'aura pas pris l'engagement formel de contribuer pour moitié dans la dépense. M. Stanislas Leven a ajouté que l'initiative de la création d'un institut médico-légal n'appartient pas au Conseil général, mais à la ville de Paris d'accord avec l'Etat. Le département verra ensuite dans quelle proportion il devra contribuer aux dépenses de cette nouvelle fondation. En conséquence, M. Stanislas Leven a déposé un amendement en ce sens. Dans ces conditions, plusieurs membres ont demandé le renvoi à la commission et, après une épreuve douteuse, le renvoi a été prononcé.

BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES. — Sont pourvus du certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires. MM. RÉGUIER (H.-L.-P.-A.), docteur ès lettres licencié en droit, stagiaire à la Bibliothèque de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — PLICQUE (F.-A.-C.), docteur en médecine.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous venons de recevoir le premier numéro d'un journal la *Revue internationale d'Odontologie* publié sous la direction de M. Paul Dubois, ex-directeur de l'Odontologie, ancien Président de la Société d'Odontologie de Paris, avec la collaboration d'un groupe de professeurs de l'Ecole dentaire de Paris, anciens collaborateurs de l'Odontologie : MM. B[illegible], Chauvin, Godon, Heïdé, Papot, Prével, Ronnet, Roy.

MÉDECIN-DÉPUTÉ. — M. le Dr Guéneau, conseiller général républicain, vient d'être élu député de la 2e circonscription de Beaune (Cote-d'Or), par 5,762 voix, contre 4,108 à M. Drouhin, républicain radical.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 30. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 23 JUILLET 1892.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE INFANTILE

Note sur l'allaitement des nouveau-nés ;

par P. BUDIN, accoucheur de la Charité, et CHAVANNE, interne des hôpitaux.

En 1878, M. J. Bergeron, aujourd'hui secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, écrivait : « Sans doute, les premiers mois et surtout les premières semaines de la vie, contre lesquels conspirent tant de causes de maladie et de mort, donneront toujours, quoi qu'on fasse, une proportion de décès supérieure à celle des autres périodes de la vie, celle de l'extrême vieillesse exceptée, mais n'est-il pas humiliant pour notre temps et pour le pays, qu'en dépit des progrès de l'aisance générale, en dépit du progrès de l'hygiène publique et privée, la mortalité des nouveau-nés soit assez élevée pour qu'on ait pu dire, chiffres en mains, qu'un enfant qui naît a moins de chances qu'un homme de 90 ans de vivre une semaine, et moins de chances qu'un octogénaire de vivre un an ? »

Certes, depuis douze ans, la mortalité infantile a diminué chez nous, mais il reste encore beaucoup à faire. Les premiers temps de la vie sont toujours ceux dans lesquels le nouveau-né court le plus de risques. Si son alimentation n'est pas alors très surveillée, très bien dirigée, il s'affaiblit rapidement et ne tarde pas à succomber. Un auxiliaire presque indispensable est la balance, qui seule permet d'apprécier exactement ce qu'il devient. Que de fois n'avons-nous pas trouvé, le matin, en faisant notre visite à l'hôpital, des nouveau-nés qui nous semblaient ne point prospérer ; les personnes qui les soignaient et qui les voyaient constamment affirmaient n'avoir pas noté de changement fâcheux dans leur état. Nous les faisions mettre sur la balance et nous trouvions une diminution de poids de 3, 4 ou 500 grammes. La nécessité des pesées journalières s'impose donc, surtout dans les services hospitaliers; on évite ainsi des surprises désagréables.

A la Charité, depuis 1887, le poids de chaque enfant est inscrit sur une feuille spéciale qui mesure 36 centimètres de hauteur sur 22 centimètres de largeur. De petites lignes représentent les poids de 5 en 5 grammes. Devant des lignes de moyenne épaisseur sont placés les chiffres 25, 50, 75, et de grosses lignes marquent les centaines. Ces dernières ne sont indiquées que par des zéros sur la feuille imprimée ; on dispose donc ainsi d'une sorte d'échelle mobile. Il suffit, en effet, de mettre au milieu de la colonne, devant les zéros qui correspondent aux centaines, le chiffre représentant, en kilogrammes et en hectogrammes, le poids de naissance. Comme la hauteur de la page permet une différence de 600 grammes, on a généralement une place suffisante pour insérer toutes les variations qui surviennent pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital. Nos feuilles sont assez larges pour qu'on puisse inscrire le poids jusqu'au vingtième jour.

A la tête du lit de la mère, d'un côté, se trouve la courbe de sa température, de l'autre, la courbe de poids de son enfant. Un simple coup d'œil permet de juger de l'état des deux êtres.

En règle générale, dans notre service, toutes les femmes doivent nourrir ; celles qui n'allaitent pas sont l'exception, ce sont celles qui n'ont pas de lait du tout ou qui sont atteintes d'affections contre-indiquant l'allaitement. Mais toutes les accouchées n'ont pas de lait en quantité suffisante ; on constate, dans ce cas, que le poids du nouveau-né diminue chaque jour. Voici,

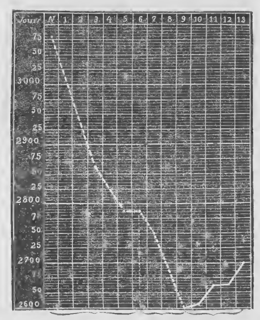


Fig. 4. — La mère n'a pas de lait. Mère et nourrice insuffisantes. Bonne nourrice.

par exemple, la courbe d'un enfant venu au monde le 3 décembre 1887. Il pesait 3,080 grammes ; le cinquième jour, il était tombé à 2,750 grammes. Sa mère n'ayant presque pas de lait, on le mit au sein d'une nourrice ; il continua à diminuer et tomba à 2,620 grammes. En prenant le poids avant et après chaque tetée, on constata que la mère et la nourrice lui donnaient 100 grammes de lait. Il avait perdu 460 grammes depuis sa naissance. On le confia à une bonne nourrice ; comme il ne pouvait plus teter, on le gava et il commença à s'accroître (*Fig.* 4).

Lorsque les mères n'ont pas assez de lait, il faut leur venir en aide, car il est possible que, au bout de plusieurs jours, leur sécrétion mammaire soit suffisante. Voici un fait de ce genre. La femme d'un médecin voulant nourrir, son mari fit mathématiquement toutes les pesées de l'enfant. Le troisième jour, ce dernier ne prit dans le sein de sa mère que 218 grammes. Le quatrième jour, on ajouta 200 grammes de lait d'ânesse aux 220 grammes absorbés par les tetées. Par l'étude des courbes différentes du tracé, on voit que, au fur et à mesure que la quantité de lait maternel augmente, la quantité de lait d'ânesse diminue. Au quatorzième jour, la mère donnait 500 grammes de lait et l'enfant ne prenait plus de lait d'ânesse. La courbe de poids montre

que, pendant ce temps, le nouveau-né augmentait dans des proportions normales (*Fig.* 5).

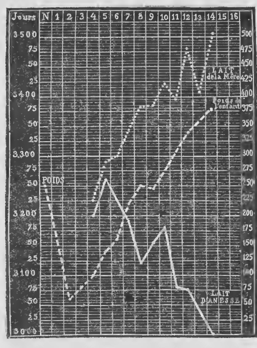


Fig. 5.

Nous avions autrefois des nourrices attachées au service d'accouchement ; leur salaire était peu considérable, mais elles conservaient leur propre enfant, aussi s'occupaient-elles surtout de ce dernier, ne donnant que peu de lait aux nouveau-nés qui leur étaient confiés. Comme elles ne pouvaient être constamment sur pieds, on faisait boire du lait de vache aux enfants pendant la nuit et nous avions parfois des accidents de diarrhée infectieuse. Nous avons remplacé les nourrices au sein par des nourrices sèches et leur lait par du lait d'ânesse. Ce lait réussit en général, malheureusement il est très cher, de plus il s'altère rapidement ; certains enfants le vomissaient et avaient de la diarrhée. Nous avons alors, bien qu'en hésitant, essayé le lait stérilisé vendu en ville et qui paraissait avoir été porté aux environs de 110 à 115 degrés, mais de temps en temps on rencontrait des bouteilles dont le contenu était altéré. Malgré les recommandations que nous avions faites de toujours goûter le lait au préalable, après plusieurs semaines de succès, nous avons eu des désastres. Le 26 novembre, cinq enfants ont été pris de diarrhée infectieuse et plusieurs ont succombé. Les bouteilles étaient-elles primitivement mauvaises, avaient-elles été laissées en vidange ? Nous ne saurions l'affirmer. Nous avons immédiatement cessé l'emploi du lait pris en ville et nous avons résolu de faire usage de lait que nous stériliserions nous-mêmes, à l'hôpital, avec l'appareil de Soxhlet. Nous vous apportons, mon interne M. Chavanne et moi, le résultat des observations que nous avons faites sur des nouveau-nés, du 1er avril au 28 juin 1892.

On sait que, pendant les deux ou trois premiers jours, l'enfant perd de son poids : l'évacuation de l'urine et du méconium, alors qu'il ne trouve encore que très peu de lait dans le sein de sa mère, expliquent cette descente de la courbe. Puis, s'il est bien allaité, il augmente. A l'hôpital, pendant les deux ou trois premiers jours, nous donnons aux enfants du lait stérilisé pour remplacer ou compléter l'allaitement maternel, afin que le nouveau-né ne s'affaiblisse et ne perde de son poids que le moins possible.

Plus tard, si la mère a du lait, elle donne seule à teter. Si elle n'a pas de lait en quantité suffisante, on ajoute du lait stérilisé. Si elle n'a pas de lait du tout, on nourrit l'enfant exclusivement au lait de vache. Nous avons donc de la sorte, après le troisième jour, trois catégories d'enfants :

1° Ceux qui ont l'allaitement maternel.
2° Ceux qui ont l'allaitement mixte.
3° Ceux qui ont l'allaitement artificiel.

1° *Allaitement maternel.* — Pendant la période que nous avons indiquée, nous avons pu suivre 191 nouveau-nés, en laissant de côté les enfants envoyés en nourrice, les enfants syphilitiques ou atteints d'une autre affection, etc. Parmi eux, 89 ont été, à partir du troisième jour, exclusivement nourris par leur mère. La durée moyenne de leur séjour à l'hôpital a été de dix jours. Leur augmentation de poids, à partir du deuxième jour, a été en moyenne de 28 grammes 17 par jour. Pour quelques-uns d'entre eux, dont la mère multipare avait beaucoup de lait, la moyenne journalière a été de 53, 54, 55 et 75 grammes par jour, ce qui a notablement élevé la moyenne générale (*Fig.* 6).

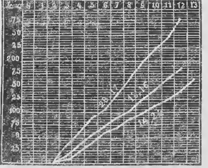


Fig. 6.

La première ligne (28,17) représente la courbe de l'allaitement maternel.
La deuxième ligne (18,16) représente la courbe de l'allaitement mixte.
La troisième ligne (14,24) représente la courbe de l'allaitement artificiel.

2° *Allaitement mixte.* — Lorsque la mère n'avait pas de lait en quantité suffisante, ce que nous pouvions parfois prévoir en examinant les seins, ce que nous constations surtout parce que l'enfant n'augmentait pas de poids ou n'augmentait que dans des proportions insuffisantes, nous ajoutions à l'allaitement maternel une quantité variable de lait stérilisé, 100, 200, 300 et jusqu'à 380 grammes dans les vingt-quatre heures. Dans l'impossibilité où nous étions de peser les enfants après chaque tetée et de leur donner immédiatement le supplément de lait qui leur était nécessaire, c'était la courbe du lendemain qui nous montrait que l'allaitement maternel était insuffisant. Parfois, la mère avait encore moins de lait que nous l'avions supposé, l'augmentation de poids était trop faible ou même nulle, on devait augmenter de nouveau la quantité de lait de vache : c'est ainsi que certains enfants ont eu jusqu'à 380 gr. de lait stérilisé par jour. C'est donc la courbe de l'enfant qui nous dirigeait et nous conduisait à donner le supplément nécessaire pour nous rapprocher de l'accroissement normal. On comprend que, dans ces conditions, l'augmentation de poids ait été en moyenne moins belle qu'avec l'allaitement maternel simple, puisque c'est justement parce que l'enfant ne s'accroissait pas suffisamment qu'on avait recours à l'allaitement mixte.

91 enfants ont eu l'allaitement mixte, c'est-à-dire l'allaitement avec le sein de la mère et avec du lait stérilisé, suivant la méthode de Soxhlet. Ces 91 enfants sont restés dix jours et demi à l'hôpital, leur augmentation moyenne, à partir du deuxième jour, a été de 18 gr. 16 (*Fig.* 6).

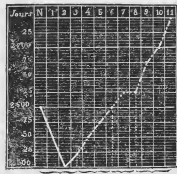


Fig. 7. — Artificiel. Mixte. Sein. Mixte.

Voici, par exemple, la courbe de l'enfant n° 534 (*Fig.* 7). La montée laiteuse survient le troisième jour chez la mère ; comme elle ne paraît pas suffisante, on a recours à l'allaitement mixte. L'enfant ayant augmenté de 80 grammes en trois jours, on ne donne que le sein le sixième et le septième jour ; son accroissement n'est plus que de 25 grammes pour ces deux jours. On revient alors à l'allaitement mixte et il augmente de 125 grammes en trois jours.

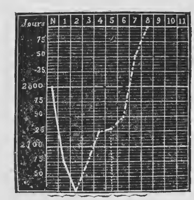


Fig. 8. — Artificiel. Mixte 120 gr. Mixte 240 gr.

Voici une autre courbe, n° 456 (*Fig.* 8). L'enfant, après la montée laiteuse chez la mère, reçoit 120 grammes de lait stérilisé dans les vingt-quatre heures. On s'aperçoit, le cinquième jour, qu'il reste stationnaire. Au lieu de 120 grammes, on lui en donne 240 et il augmente alors de 175 grammes en trois jours.

3° *Allaitement artificiel.* — Enfin, certaines femmes n'ont pas de lait du tout. On croit d'abord qu'elles vont en fournir et on se borne à donner à l'enfant une certaine quantité de lait stérilisé : comme elle est insuffisante, on l'augmente ; il n'en a pas encore assez, et on finit par constater qu'il n'y a eu aucune montée laiteuse chez la mère. L'allaitement se trouve être exclusivement artificiel. Il est encore évident que, dans ces conditions, la courbe moyenne obtenue doit être inférieure aux précédentes. Onze enfants n'ont eu que du lait stérilisé : leur séjour à l'hôpital a été de onze jours trois quarts. Leur accroissement journalier a été de 14 gr. 24 (*Fig.* 6).

Il est extrêmement probable que la courbe eût été meilleure si on avait eu recours d'emblée à l'allaitement artificiel. Les deux observations qui suivent semblent le prouver.

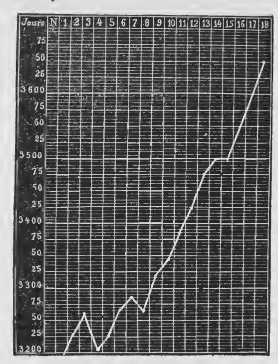


Fig. 9. — Allaitement exclusivement artificiel.

Une femme accouchée en ville a eu une hémorrhagie telle qu'on a désespéré de la sauver, on l'a transportée à la Charité. Ne pouvant compter sur l'établissement rapide de la sécrétion lactée, on nourrit l'enfant artificiellement et on lui donne la quantité de lait nécessaire

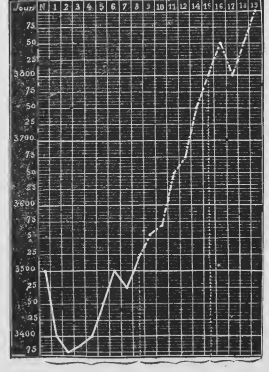


Fig. 10. — Artificiel. Mixte 360 gr. Mixte 200 gr.

à son alimentation complète. Aucune montée laiteuse ne survint, le nouveau-né eut donc exclusivement du lait de vache. Il augmenta régulièrement. Il pesait

3,185 grammes au moment de son entrée à la Charité et 3,650 grammes lors de sa sortie. En dix-sept jours il avait pris 465 grammes, c'est-à-dire en moyenne 27 gr. 3 par jour (*Fig.* 9).

Une autre femme, accouchée à l'hôpital, eut une hémorrhagie post-partum extrêmement grave. La mère n'ayant pas de lait. l'enfant fut nourri artificiellement. Il ne diminua que de 125 grammes. A partir du troisième jour, il augmentait. Pendant huit jours, il n'eut que du lait stérilisé. La sécrétion mammaire commençant alors, on le mit au sein, et on ne lui donna plus que 360 grammes de lait stérilisé. La sécrétion augmentant chez la mère, on ne donna plus, à partir du quatorzième jour, que 200 grammes de supplément. Dans ces conditions, le bébé avait, au moment de sa sortie, augmenté de 550 grammes. Il s'était accru de 34 gr. 3, en moyenne, par jour (*Fig.* 10).

Tels sont les résultats que nous avons obtenus. Ils donnent, pour les 191 enfants observés, une augmentation de 22 gr. 59 par jour (*Fig.* 11).

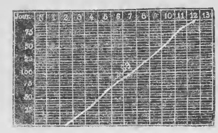


Fig. 11. — Courbe moyenne des trois catégories d'enfants.

Voyons maintenant ce qui s'est passé du côté du tube digestif des nouveau-nés :

Sur les 89 enfants nourris au sein, 6 ont eu de la diarrhée.

Sur les 91 enfants soumis à l'allaitement mixte, 7 ont eu de la diarrhée.

Sur les 11 enfants élevés avec l'allaitement artificiel, aucun n'a eu de troubles digestifs.

Les accidents ont été bénins, aussi bien dans les cas d'allaitement mixte que dans ceux d'allaitement maternel. Il y a eu seulement un peu de diarrhée jaune ou de diarrhée verte de courte durée.

Tous les enfants ont guéri assez rapidement et sont sortis bien portants.

Il ne faut pas tirer de conclusions hâtives de ce fait qu'aucun des enfants soumis à l'allaitement artificiel, du 1er avril au 28 juin, n'a eu de diarrhée. Nous dirons plus loin ce que nous pensons de ce mode d'alimentation et de ses dangers.

Voici l'analyse des cas dans lesquels il y a eu de la diarrhée.

Allaitement Maternel.

N° 293. — Diarrhée jaune ayant duré 2 jours. L'enfant est sorti bien portant le neuvième jour. Augmentation moyenne, 8 gr. 57 par jour.

N° 325. — Diarrhée verte ayant duré 3 jours. Les garde-robes restent encore vertes pendant 3 jours. L'enfant sort bien portant le vingt et unième jour. Augmentation moyenne, 22 gr. 10 par jour.

N° 335. — Diarrhée verte ayant duré 1 jour. Sort bien portant le neuvième jour. Augmentation moyenne, 21 gr. 42 par jour.

N° 413. — Diarrhée jaune, 1 jour. Sort bien portant le onzième jour. Augmentation moyenne de 18 gr. 88 par jour.

N° 460. — Diarrhée jaune pendant 2 jours. Sort bien portant le dixième jour. Augmentation moyenne de 25 gr. par jour.

N° 505. — Diarrhée pendant 1 jour. Sort le dixième jour. Augmentation moyenne de 36 gr. 25 par jour.

Allaitement Mixte.

N° 269. — Enfant né prématurément et pesant 2,070 grammes. Diarrhée jaune ayant duré 1 jour. Sorti bien portant le quinzième jour. Augmentation moyenne de 6 gr. 9 par jour.

N° 338. — Enfant né prématurément et pesant 2,565 grammes. Diarrhée verte durant 3 jours. Diarrhée jaune pendant 4 jours. Sort bien portant le onzième jour. Augmentation moyenne, 3 gr. 33 par jour.

N° 352. — Diarrhée verte pendant 2 jours. Sort bien portant le onzième jour. Augmentation moyenne, 3 gr. 33 par jour.

N° 380. — Diarrhée jaune pendant un jour. Sort bien portant de l'hôpital après 10 jours. Augmentation moyenne, 5 gr. 55 par jour.

N° 434. — Diarrhée jaune pendant 2 jours. Sort bien portant le dixième jour. Augmentation moyenne de 12 gr. 5 par jour.

N° 442. — Diarrhée verte pendant 2 jours. Diarrhée jaune pendant 2 jours. Sort bien portant le dixième jour ayant 60 grammes de moins qu'au moment de sa naissance.

En résumé, sur 191 enfants, 13 seulement ont eu de la diarrhée légère; 6 parmi les enfants nourris exclusivement par leur mère; 7 dans les cas d'allaitement mixte. Dans les 11 cas d'allaitement artificiel on n'a relevé aucun accident du tube digestif.

Les faits publiés par Uhlig, Conrad, Moor, Comby, Vinay, Davis, ont déjà montré que l'usage du lait stérilisé réussit bien dans certaines diarrhées des enfants. Les résultats que nous avons obtenus chez les nouveau-nés sont en rapport avec ceux constatés chez les enfants plus âgés. Ils digèrent bien le lait stérilisé.

Le lait est un liquide qui s'altère très rapidement au contact de l'air. Des microbes y pénètrent, leur développement est favorisé par la chaleur et ils pullulent dans le liquide qui constitue un excellent bouillon de culture. De là, des diarrhées infectieuses et du choléra infantile si fréquents, surtout l'été, avec le lait de vache qu'on est obligé de conserver pendant un certain temps avant de le donner au nouveau-né. Ainsi s'expliquent la fréquence de ces accidents pendant les grandes chaleurs et leur rareté pendant l'hiver.

Le lait de la mère ou celui d'une nourrice n'offrent pas ces graves inconvénients, car ils passent directement du sein dans la bouche de l'enfant. Il ne peut être infecté par des germes venus de l'extérieur.

Différents procédés ont été conseillés pour stériliser le lait et le rendre inoffensif. Nous avons eu recours à celui indiqué par Soxhlet (de Munich).

On met dans une bouteille particulière, à goulot évasé, la quantité nécessaire pour un repas et on fait chauffer ce lait au bain-marie pendant 30 à 45 minutes. Pour que les germes ne pénètrent pas dans les bouteilles, lorsqu'elles ont été retirées du bain après avoir séjourné dans l'eau bouillante, un petit dispositif permet de les maintenir constamment bouchées. Pour cela, un disque en caoutchouc assez épais est placé sur l'ouverture de la bouteille et maintenu en place par une capsule en métal. Ce disque en caoutchouc laisse passer

la vapeur d'eau qui le soulève pendant le bain-marie. Lorsque la bouteille se refroidit, la vapeur d'eau contenue dans son intérieur se condense, un vide relatif se produit alors et le disque en caoutchouc s'enfonce dans le goulot sous l'influence de la pression atmosphérique. Tant que ce disque reste fortement déprimé, on est sûr que l'air n'a point pénétré dans l'intérieur de la bouteille. Le lait qui a été simplement chauffé au bain-marie, qui n'a pas bouilli au grand air, a conservé une saveur fort agréable.

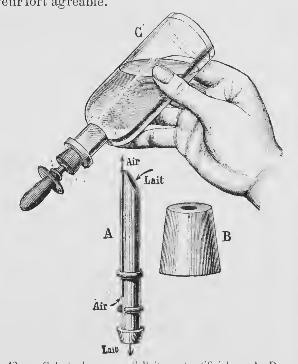


Fig. 12. — Galactophore pour l'allaitement artificiel. — A. Deux tubes accolés destinés à laisser passer l'un le lait, l'autre l'air. — B Petit bouchon en caoutchouc dans lequel est introduit l'instrument. — C. Bouteille remplie de lait sur laquelle a été mis le galactophore muni d'une tétine et d'une rondelle en os.

Au moment du repas de l'enfant, on fait sauter le disque en caoutchouc et on place sur la petite bouteille un *galactophore* (*Fig.* 12). Cet instrument ayant été maintenu très propre, aucun germe ne pénètre dans la bouteille. Le lait est ainsi introduit absolument pur dans le tube digestif de l'enfant.

Chaque matin, dans notre laboratoire de la Charité, on stérilise la quantité de lait qui nous est nécessaire pour la journée et pour la nuit. Nous recommandons instamment de ne laisser aucune bouteille en vidange, mieux vaut jeter le lait qui reste dans un flacon que de s'en servir quelques heures plus tard, il pourrait avoir subi une infection secondaire et être devenu dangereux. Le lait dont nous faisons usage est un lait qui nous est fourni par l'Assistance publique. L'analyse en est faite chaque jour par le pharmacien en chef de l'hôpital.

Ce lait, nous le donnons *pur*, sans y ajouter la plus petite quantité d'eau. On dit que la caséine du lait de vache se coagule en formant dans l'estomac de gros caillots qui peuvent être une cause de troubles digestifs. Or, sous l'influence d'une température voisine de 100 degrés, cette caséine paraît subir des modifications qui en facilitent la digestion ; elle forme de petits grumeaux au lieu de se prendre en masse. Ce fait expliquerait la digestibilité du lait stérilisé.

Les résultats que nous avons obtenus sont évidemment très favorables, puisque, dans 91 cas, où la sécrétion mammaire était insuffisante chez la mère, et dans 11 cas où elle était tout à fait nulle, l'emploi du lait stérilisé a permis aux enfants de se développer régulièrement. Cependant, nous déclarons formellement que le lait stérilisé ne doit pas remplacer le sein. Rien ne vaut pour l'enfant l'allaitement par sa mère ou par une nourrice.

Que la stérilisation ait été mal faite, qu'une bouteille débouchée ait été laissée pendant quelque temps en vidange, que le lait de vache soit de mauvaise qualité, etc., des accidents pourront survenir, accidents qui, surtout par les chaleurs de l'été, auront, parfois très rapidement, une extrême gravité.

L'appareil de Soxhlet est ingénieux, mais au bout de peu de temps le disque en caoutchouc s'élargit, il ne s'applique plus bien sur le goulot et l'occlusion par la pression atmosphérique n'a pas lieu. De plus, les petites bouteilles ne sont pas facilement transportables, les chocs font tomber les disques qui les bouchent. La moindre erreur, la plus petite négligence permettent aux germes de pénétrer dans le lait qui devient alors dangereux. Lorsque l'enfant, au contraire, prend directement le sein, il n'est pas toujours sûr d'y trouver un lait parfait, mais il y puise, tout au moins, un lait stérile et qui ne lui donnera pas le choléra infantile.

Nous pouvons malheureusement apporter des exemples à l'appui de ce que nous venons de dire. Un des enfants chez lesquels l'allaitement artificiel fait d'emblée avait admirablement réussi (voyez *Fig.* 9) allant quitter l'hôpital, nous insistâmes vivement auprès des parents pour qu'ils prissent une nourrice, en leur montrant tous les inconvénients de l'allaitement artificiel ; très peu fortunés, d'une part, voyant, d'autre part, que le bébé se développait très bien avec le lait stérilisé, ils refusèrent et se munirent de l'appareil Soxhlet. Quelques jours plus tard, on vint nous prévenir en toute hâte que l'enfant était au plus mal : il avait tous les symptômes d'une diarrhée infectieuse et, pendant plusieurs jours, nous avons presque désespéré de le sauver. Une nourrice fut prise, on fit couler dans la bouche de l'enfant du lait qu'il n'avait plus la force de teter et il finit par se rétablir. Que s'était-il donc passé ? Le troisième jour après la sortie de l'hôpital, on avait rempli de lait un certain nombre de bouteilles, l'une d'elles n'ayant pu trouver place dans l'appareil, on la laissa de côté près des autres, en se proposant de la stériliser plus tard. Dans la journée, la mère prit ce flacon par erreur et en fit boire le contenu à l'enfant : le lendemain matin les accidents éclataient.

Malgré la surveillance la plus attentive, malgré les recommandations les plus expresses, des fautes sont certainement commises dans les services hospitaliers : un matin, nous avons découvert, dans le lit d'une femme, une bouteille de lait munie d'un galactophore ; la veilleuse la lui avait donnée pour qu'elle la mît au chaud, à côté d'elle, et en administrât elle-même le contenu à son enfant.

L'autre nuit nous avons trouvé une bouteille laissée depuis quelque temps en vidange ; il était évidemment plus commode pour l'infirmière d'en donner le contenu que de descendre en chercher une autre. Aussi, après être restés pendant près de quatre mois sans voir survenir aucun accident, il vient de nous en arriver un, alors que nos statistiques étaient faites, au moment de publier ce travail. Un enfant dont la mère n'avait pas de lait, et qui se développait régulièrement avec le lait stérilisé, a été pris subitement de diarrhée infectieuse

et a succombé malgré tout ce que nous avons pu faire. L'enquête à laquelle nous nous sommes livré ne nous a pas permis de découvrir quelle faute avait été commise, mais certainement du lait altéré lui avait été donné.

Des accidents pourront aussi survenir en ville, dans des mains mercenaires, et même entre les mains des mères. Si donc le lait stérilisé est utile, s'il peut rendre de grands services dans certaines conditions, on doit bien savoir qu'il ne saurait remplacer l'allaitement au sein.

En terminant, nous ferons remarquer que nos observations ont été prises à l'hôpital et ne portent que sur des nouveau-nés qui sont restés de 10 à 12 jours, par exception 20 jours à la Charité. Que donnera le lait stérilisé chez des enfants de 6, 8, 10 et 12 mois? D'autres observateurs placés dans des conditions plus favorables le diront, nous espérons du reste avoir bientôt l'occasion de le rechercher personnellement.

Le lait stérilisé pourra-t-il être donné avec avantage à des enfants venus avant terme et en état de faiblesse congénitale, à des enfants si peu développés qu'ils ne tettent pas? Certains faits semblent nous le prouver, mais ils sont encore trop peu nombreux pour que nous ayons le droit d'en tirer des conclusions. De ce côté aussi, nos recherches ont besoin d'être complétées. Mais les résultats que nous avons obtenus chez les enfants arrivés à terme ou près du terme nous ont paru dignes d'attirer dès maintenant l'attention.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Choléra et les Espagnols.

Ces bons Espagnols ont voulu se venger. Nous les avions légèrement ennuyés récemment avec nos fumigations aux portes d'Espagne... Ils essaient de nous renvoyer la balle.

Nous autre, nous la prenons au bond.

Voici les faits. Dès que la presse madrilène eut appris qu'aux environs de Paris sévissait certaine maladie qui avait du choléra au moins plus de la moitié du nom (puisqu'elle s'appelle diarrhée *cholér*...iforme) et peut-être une bonne partie du bacille en virgule (Netter), tout fut perdu. On s'empressa de décréter que le sol de Paris et de France était probablement entièrement recouvert de colonies innombrables de bacilles en virgule vraie... Et l'on envoya chez nous inspecteurs sur inspecteurs, qui ont inspecté je ne sais trop quoi, mais qui n'ont probablement pas tenu toujours leur langue.

Bref, panique sur toute la ligne, de l'autre côté des Pyrénées, qui existent encore, quoi qu'en ait dit Louis XIV. Voilà l'Espagne en train ou sur le point de se barricader, de faire fumiger lettres, journaux, voire même les voyageurs...

Tout cela serait très bien, si le choléra existait chez nous quelque part. Le malheur veut qu'il n'en soit rien. Félicitons-nous de cette aubaine, au moins pour l'instant. Mais nos voisins feront bien de reconnaître avec nous, s'ils ne veulent pas qu'on en jase, que nous en sommes encore à attendre le train qui nous amènera, de l'autre côté du Rhin, le bacille que son inventeur ferait bien de chercher à arrêter au passage.

D'ailleurs le Ministre de l'Intérieur d'Espagne, M. Villaverde, est moins impressionnable que ses sujets et tout fait espérer qu'il pourra couper les ailes à tous les canards qui, pris sur le territoire de France, sont placés par quelques reptiles dans les mares des environs de Madrid, pour qu'ils s'y livrent à des ébats bruyants (1).

Jamais nous ne critiquerons ceux qui veulent prévoir le danger et n'hésitent pas à faire de grands sacrifices pour arrêter un fléau dans sa marche envahissante; mais jamais nous ne pourrons approuver ceux qui prennent un bâton pour un chameau, parce qu'ils y regardent de trop loin.

Mettez vos lunettes, MM. les Espagnols, et laissez-nous tirer les premiers... sur le choléra, avant de vous en mêler vous-mêmes! N'êtes-vous pas, pour le moment, à l'abri derrière la belle Palissade que vous forme la France entière? M. B.

L'épidémie cholériforme à Paris et dans la banlieue.

La maladie cholériforme qui règne dans quelques communes de la banlieue nord de Paris reste stationnaire. C'est toujours à Aubervilliers, Saint-Denis et Saint-Ouen que l'on signale quelques cas. Toutefois, il faut noter qu'à Courbevoie et Neuilly on ne relève plus aucun décès cholériforme depuis quelques jours. A Saint-Denis, une dame atteinte de la maladie est décédée récemment. Ses deux enfants, âgés l'un de neuf ans, l'autre de onze, ont contracté la maladie et ont été transportés à l'hôpital de la commune. Quelques décès ont été signalés récemment à Aubervilliers. A Gennevilliers, il y a quelques cas non suivis de décès. Deux cas suivis de décès se sont déclarés à Clichy, dans une maison habitée par des chiffonniers.

A Saint-Ouen, la municipalité a pris toutes les mesures nécessaires; hier, elle a inauguré une fontaine à filtre. Le maire de Saint-Ouen avait invité à cette inauguration les maires des communes suburbaines privées d'eau potable.

L'Assistance publique a ouvert un hôpital temporaire au bastion 36, porte d'Ornano, afin d'éviter les transports des malades de la banlieue nord dans les hôpitaux de Paris.

La Préfecture de police va distribuer des instructions, délibérées par le Conseil d'Hygiène, pour les premiers soins à donner en cas de diarrhée cholériforme.

En ce qui concerne Paris, l'état est stationnaire, et le Préfet de police a adressé aux maires et aux commissaires de police de la ville de Paris une circulaire dans laquelle il informe ces magistrats de la création et de la composition du Comité permanent institué, comme on sait, pour assurer la direction et la centralisation des services de désinfection et de transports des malades atteints de maladie contagieuse. M. Lozé, dans cette

(1) Contrairement à ce qui a été affirmé, les voyageurs venant de France ne sont encore soumis à aucune inspection médicale à leur entrée en Espagne. Aucun service n'est, d'ailleurs, encore établi. Le gouvernement espagnol attend, pour prendre des mesures sanitaires à la frontière, que l'épidémie cholériforme ait pris le caractère du véritable choléra, qui est encore loin de [illegible]. — On écrivait hier de Madrid : En vertu de nouvelles instructions du Ministère de l'intérieur, M. le Dr Taboada tiendrait tout organisé et disposé pour prendre des mesures sanitaires sur toute la frontière pyrénéenne; mais il ne mettra pas ces mesures en vigueur jusqu'à nouvel ordre.

circulaire, invite les maires et commissaires de police à prêter leur concours empressé et à fournir tous les renseignements nécessaires à ceux des médecins inspecteurs qui se rendraient dans leurs circonscriptions.

Ces médecins font des visites fréquentes, donnent des leçons aux agents subalternes chargés de la désinfection et accomplissent leur mission avec un zèle infatigable.

Comme nous le faisait remarquer un haut fonctionnaire de la Préfecture de police, il est regrettable que le traitement qu'on leur alloue pour semblable besogne soit si peu en rapport avec la peine qu'ils se donnent. On sera obligé de les décorer tous, si cela continue, et cela à bref délai. Ne vaudrait-il pas mieux en finir avec cette manie, bien française, qui consiste à payer une paire de souliers avec un petit ruban bleu... Mais nous prêchons dans le désert... et ce n'est pas le moment de perdre son temps, en face du spectre cholérique, à des considérations politiques ou littéraires.

Pourtant, il est bien certain que, pour avoir des fonctionnaires, et des bons, il faut les payer. Le meilleur est encore, *pour les garder longtemps*, de les payer en monnaie bien sonnante. M. B.

Laïcisation de l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Dans la séance du 9 juin 1892 de la Chambre des Députés, M. Desprès a prononcé un discours qui visait en apparence le budget de l'Assistance publique, mais qui, en réalité, n'avait d'autre but que de réclamer de nouveau l'intervention de M. le Ministre de l'Intérieur, afin qu'il replace les religieuses dans les hôpitaux. Moins d'un mois plus tard (2 juillet), ainsi que nous l'avons dit (n° 28, page 25), M. Desprès a posé une nouvelle question au Ministre de l'Intérieur concernant les malversations de deux économes, mais qui, de même que la précédente, constituait une manifestation pour le retour des religieuses dans les hôpitaux.

Ces manifestations ont eu une double réponse: la première a été donnée par le Conseil municipal le mercredi 13 juillet, et la seconde par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, le jeudi 21 juillet.

Au Conseil municipal, notre ami, M. Albert Pétrot, a posé une question sur la non-exécution de la délibération du Conseil municipal, en date du 10 décembre 1890, relative à la laïcisation de l'hôpital de Berck. Il a rappelé que le 30 décembre 1891, à l'occasion de la discussion du budget, le Conseil reprenait sa délibération de 1890, en déclarant qu'il s'engageait à pourvoir aux dépenses qui résulteraient de la substitution d'un personnel laïque au personnel congréganiste.

M. Peyron, Directeur de l'Assistance publique, a donné des renseignements intéressants sur les mesures qu'il se proposait de prendre en vue de la laïcisation. Il a insisté principalement sur ce fait que l'établissement de Berck avait insensiblement changé de destination et que d'hospice il était presque devenu un hôpital; que cette transformation exigeait une modification du personnel sur lequel il avait voulu avoir l'avis de son Conseil de surveillance, avis qui avait été favorable, avant de lui soumettre la question de laïcisation. Il a ajouté qu'il espérait obtenir de lui un avis favorable :

« Mon espoir, a-t-il dit, est d'autant plus fondé que la question de dépense a plus que jamais lieu de tenir une large place dans les préoccupations du Conseil de surveillance et que le Conseil municipal, que je remercie, le délivrera de cette préoccupation, en confirmant à nouveau sa promesse, de fournir sur le budget de la ville de Paris les ressources nécessaires à la laïcisation. »

Nous croyons, d'ailleurs, qu'il est possible de procéder à la laïcisation de Berck dans des conditions économiques. Actuellement, le service est fait par 75 religieuses. Celles-ci se divisent en deux catégories : les sœurs proprement dites qui appartiennent à une congrégation de Calais et les sœurs converses recrutées dans les campagnes avoisinantes et revêtues de la livrée des religieuses. Cette organisation indique la voie à suivre : il conviendrait d'envoyer, des hôpitaux de Paris, des surveillantes, sous-surveillantes et infirmières diplômées pour remplacer les religieuses proprement dites et de prendre, dans le pays, un certain nombre de femmes, en leur accordant un salaire un peu supérieur à celui qu'elles ont dans le pays. Ce mode de recrutement, que nous avons indiqué à M. Peyron, lui a été rappelé par M. Albert Pétrot :

« Il y a déjà longtemps, a-t-il dit, que j'ai reçu de M. le maire de Berck une lettre disant qu'on trouverait très facilement, dans les fermes environnantes, un personnel féminin tout disposé à améliorer sa situation en entrant au service de l'Assistance publique. »

MM. G. Berry, Navarre, Rousselle et M. le préfet de la Seine, ont successivement pris la parole. MM. Navarre et Rousselle ont particulièrement insisté auprès du préfet de la Seine pour que, en sa qualité de président du Conseil de surveillance, comme maire de Paris, il aille voter pour la laïcisation de Berck.

L'ordre du jour pur et simple réclamé par la droite n'a obtenu que douze voix, puis le Conseil par 47 voix contre 12 a adopté l'ordre du jour présenté par M. Albert Pétrot et modifié comme suit par M. Rousselle.

« Le Conseil invite M. le Préfet de la Seine, conformément aux nombreuses délibérations prises dans ce sens par le Conseil, à laïciser immédiatement l'Hôpital de Berck. »

Voilà la première réponse elle ne faisait aucun doute.

Malgré les espérances favorables exprimées par M. Peyron, cartaines craintes existaient, paraît-il, au sujet du vote du Conseil de surveillance; fort heureusement ces craintes étaient vaines car, dans sa séance de jeudi dernier, le Conseil de surveillance a voté la laïcisation de Berck, fournissant ainsi la seconde réponse à M. Desprès.

B.

Distinctions honorifiques. — *Légion d'honneur.* — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur: *Commandeur* : M. le Dr Bourot, médecin de l'armée active. — *Officiers* : MM. les médecins principaux de première classe, Belly, Dieu et Breton. — M. le médecin principal de deuxième classe, Liénard; — M. le medecin-major de première classe, Delmas; — M. le pharmacien principal de deuxième classe, Pons. — M. le Dr Hervieux, membre de l'Académie de médecine. — *Chevaliers* : MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Cambriels et Puig. — MM. les Drs Collot (de Joinville), Achintu, Barois, Blanchet, Blanchelièñe, Bonhomme, Lacour, Brégi, Calmettes, de Casabianca, Chevassu, Dubois, Fluteau, Hecquin, Isambert, Kable, Margantin, Muller Oger, Peni, medecins de l'armée active; Danion, medecin de l'armée territoriale. M. le Dr Talamon, médecin des hôpitaux, redacteur en chef de la *Médecine moderne*; — M. le Dr Oulmont, médecin des hôpitaux de Paris; — M. le Dr Pilret (de Paris) — M. le Dr Lannelongue, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; — M. Thoire, pharmacien principal des colonies; — M. Devoci, médecin de première classe des colonies.

Empoisonnement par des escargots sulfatés. — On mande du Pradet, près la Garde (Var), que cinq personnes de cette localité qui avaient mangé des escargots cueillis dans des vignes sulfatées ont été empoisonnées par ces mollusques. Toutes sont à l'heure qu'il est hors de danger.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 juillet 1892. — PRÉSIDENCE DE M. LAVERAN.

M. HAFFKINE a tenté d'*exalter ou d'alténuer la virulenee du baeille du eholéra*, en le faisant passer d'animal à animal. Les expériences ont porté sur le cobaye. La bacille du choléra était cultivé sur gélose. L'inoculation intra-péritonéale tue l'animal en quelques heures. Le liquide péritonéal est alors inoculé à d'autres cobayes, et on continue la série. Au 20[e] ou 30[e] passage, le liquide tue les lapins et les pigeons à des doses qui restaient sans effet avec la culture primitive. En inoculations sous-cutanées, ce microbe détermine une eschare, sans septicémie.

La vaccination s'obtient en cultivant le vibrion cholérique à 39°, au contact de l'air. On obtient ainsi un virus très faible, mais doué de propriétés vaccinantes manifestes.

M. CHOUPPE relate un cas d'*aphasie par déshydrémie eérébrale*. Il s'agit d'un polyurique, sorti depuis peu de l'hôpital et qui tomba sur la voie publique exténué de fatigue. Il était en état complet d'asphyxie, et il recouvra la parole après avoir absorbé deux litres d'eau.

M. BABINSKI pense qu'il s'agit là d'un cas de mutisme hystérique.

M. GRIGORESCU adresse une note sur *l'aceélération de la conduetion nerveuse* chez les grenouilles ayant reçu du liquide testiculaire.

M. MORAT envoie une note sur l'*action des poisons antagonistes sur la température centrale*.

M. LABORDE communique ses recherches sur *le moyen de rappeler les noyés par excitation réflexe* en tirant sur la langue. (Voir précédemment *Aeadémie de Médecine*).

Séance du 16 juillet 1892. — PRÉSIDENCE DE M. LAVERAN.

M. CHARRIN communique les résultats qu'il a obtenus en collaboration avec M. ARNAUD, professeur au Muséum, par le *sulfate de cinehonamine*. Cette substance est antifébrile et elle agit avec une certaine énergie sur les animaux chez lesquels on provoque la fièvre par l'injection de germes pathogènes ou simplement de toxines. Pourtant elle est très peu active *in vitro* sur les cultures microbiennes.

M. HAFFKINE continue ses recherches sur la *vaecination du choléra*. Ses procédés lui permettent de vacciner le lapin et le pigeon contre le choléra asiatique et contre le choléra nostras de l'épidémie actuelle, qui est tout aussi virulent pour les animaux témoins que le premier.

M. BLOCQ (Paul) a étudié avec M. MARINESCO des *systèmes tubulaires spéeiaux aux nerfs*. Ce sont des tubes à parois fasciculées semblables aux systèmes hyalins décrits par M. Renaut chez les solipèdes; ils sont remplis par des éléments globuleux ou polymorphes, semblables à des cellules dégénérées. Langhaus et d'autres auteurs ont décrit ces figures comme caractéristiques de la cachexie strumiprive; mais l'observation de MM. Blocq et Marinesco, faite sur le nerf radial d'une malade myopathique, prouve qu'il n'en est rien. Pour eux il s'agit là d'une formation normale.

M. BRUHL a étudié la *vaeeination du lapin contre le Vibrio avicide* de Gamaleia. Cette vaccination s'obtient en injectant dans les veines les cultures stérilisées par la chaleur. Le sang de ces animaux présente un sérum qui possède un pouvoir vaccinal marqué pour le cobaye soumis aux inoculations du Vibrio avicide.

M. GLEY a étudié *la cachexie strumiprive chez le lapin* auquel il avait enlevé la glande thyroïde et les glandes accessoires. Trois lapins sur 32 ont survécu assez longtemps à l'opération et au bout de quatre mois ils sont devenus tristes, maigres, et leur peau présentait des squames épaisses surtout au museau et aux oreilles. Hofmeister, en laissant les glandules accessoires, a vu aussi une cachexie particulière avec arrêt de développement du système nerveux chez les autres animaux.

A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séanee du 19 juillet 1892. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

M. CORNIL fait une communication sur la *tubereulose oeulaire*. M. Galezowski a vu une jeune fille de 17 ans dont les deux yeux furent pris successivement par la tuberculose. L'examen montra que le point de départ était dans le corps ciliaire et la choroïde, et que la tuberculose avait gagné de là la sclérotique et la conjonctive, ce qui ne rentre pas dans la règle. Les travaux de Bouchard ont fait connaître les tubercules miliaires disséminés et secondaires de la ehoroïde, au cours d'une tuberculose miliaire généralisée. Première variété. La tuberculose de l'iris peut se montrer primitivement chez l'homme, ainsi que M. Parinaud en a publié plusieurs exemples. M. Cornil avec M. Morax ont étudié un cas semblable, fourni par M. Redmond (de Dublin), de tuberculose irienne primitive, exactement limitée à l'iris, et atteignant seulement un peu la cornée. Enfin, d'après M. Galezowski, il en existe une troisième consistant dans la tuberculose massive et primitive du corps ciliaire et de la choroïde, et n'atteignant que très rarement la rétine, à l'inverse des sarcomes.

M. BUCQUOY a observé dernièrement un jeune homme de 18 ans qui présentait une petite masse tuberculeuse au niveau de chaque iris et quelques signes au poumon.

M. CORNIL répond que chez la jeune fille en question il n'y avait pas de lésion pulmonaire. Elle avait eu autrefois quelques ganglions tuberculeux. Le danger de la tuberculose oculaire c'est la propagation aux méninges. Presque tous les malades cités par M. Parinaud sont morts de méningite tuberculeuse.

M. BUDIN fait une communication sur l'*allaitement artificiel des nouveau-nés*. Les nouveau-nés perdent de leur poids pendant les deux ou trois premiers jours pour augmenter ensuite. Pendant cette période M. Budin leur donne, à la Charité, du lait stérilisé pur et sans mélange d'eau. On le supprime si la mère peut suffisamment allaiter; ou au contraire on le continue, et même exclusivement, si elle ne peut nourrir.

Du 1[er] avril au 28 juin 1892, on a observé :

1° Sur 89 nouveau-nés exclusivement nourris par la mère à partir du 3[e] jour, l'augmentation de poids a été de 28 gr. 17 par jour;

2° Sur 91 enfants soumis à l'allaitement mixte, l'augmentation a été de 18 gr. 16 par jour à partir du 2[e] jour;

3° Sur 11 enfants exclusivement soumis à l'allaitement artificiel, l'augmentation quotidienne a été de 14 gr. 24.

La diarrhée infantile s'est montrée 6 fois dans la première catégorie, 7 fois dans la seconde et jamais dans la troisième.

Malgré ces résultats favorables l'allaitement maternel doit être préféré à toute autre alimentation, et l'on ne saurait prendre trop de précautions avec le lait stérilisé lui-même.

M. PORAK présente une femme ayant subi la *symphysécotomie*. Elle était rachitique, à terme et en travail : le bassin asymétrique était rétréci et le diamètre antéropostérieur du détroit supérieur mesurait 9 centimètres 6 millimètres. Le forceps ayant échoué, la symphysécotomie permit très facilement d'extraire l'enfant. Sept jours après, la symphyse était consolidée et, actuellement, cinq semaines après l'accouchement, la marche est excellente.

M. GARIEL lit un rapport sur un travail de M. Ostwald, relatant des *recherches expérimentales sur l'influence que l'éloignement de l'œil exerce sur la force réfringente du eylindre correcteur dans les différentes formes d'astigmatisme,* desquelles il résulte que, pour un même astigmatisme, le verre cylindrique correcteur doit varier

suivant l'amétropie sphérique concomitante, et d'une façon notable.

Élections *d'un correspondant national :*

1er *Tour :* Sur 70 votants obtiennent : M. Liétard (de Plombières), 34 voix ; M. Laënnec (de Nantes), 21 voix : M. Layet (de Bordeaux), 10 voix ; M. Costa (d'Ajaccio), 3 voix ; bulletins blancs, 2.

2e *Tour :* Sur 65 votants obtiennent : M. Liétard, 30 voix ; M. Laënnec, 31 ; M. Layet, 3 ; M. Costa, 1.

3e *Tour :* Sur 64 votants obtiennent : M. Liétard, 32 voix ; M. Laënnec, 32.

Le résultat étant négatif, l'Académie procèdera à un nouveau tour de scrutin, dans la prochaine séance.

Élection *dans la section des correspondants étrangers* (1re division). La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. V. Babès (de Bukharest) ; 2° M. d'Espine (de Genève) ; 3° M. Hlava (de Prague) ; 4° M. Ed. Seguin (de New-York).

P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 15 juillet. — Présidence de M. Desnos.

M. Laveran présente une pièce d'*infarctus du cœur.* Cet infarctus est consécutif à une thrombose d'une des artères coronaires. L'individu porteur de cette lésion était atteint d'athérome de l'aorte, dont quelques plaques ulcérées paraissent avoir donné naissance à une embolie.

M. Netter communique les résultats de ses *recherches bactériologiques sur l'épidémie actuelle du choléra et de diarrhée cholériforme dans la banlieue ouest de Paris.* Jusqu'ici on a établi que le bacille virgule n'existait que dans le choléra indien, et qu'on ne le retrouvait pas dans les selles du choléra nostras. Dans plusieurs laboratoires, on a fait des recherches à ce sujet. Mes recherches personnelles portent sur 49 cas ; 29 fois nous avons trouvé le bacille virgule et 20 fois nous ne l'avons pas trouvé. Si on rapproche de ces renseignements ceux observés depuis les travaux de Koch, on arrive à classer ces cas en 2 groupes : l'un de choléra vrai, l'autre de choléra nostras. Sur les 49 cas, nous trouvons dans les différentes localités de la banlieue : Maison de Nanterre, 5 cas, 25, 27 mai, 6, 7, 10 juillet ; — Saint-Denis, 11 cas, 1, 8, 13, 17 juin, 2, 11, 13 juillet ; — Saint-Ouen, 3 cas, du 18 au 21 juin ; — Aubervilliers, 2 cas, 20 juin, 11 juillet ; — Argenteuil, 4 cas, 22 juin et 10 juillet ; — Ile Saint-Denis, 1 cas ; — Colombes, 1 cas ; — Courbevoie, 1 cas ; — Clichy, 1 cas.

Dans 9 de ces cas, nos examens ont porté sur les selles prises pendant la vie et sur les organes pris après autopsie ; 17 fois nous avons examiné seulement les selles et 3 fois seulement le contenu intestinal pris après la mort. Notre technique a été absolument celle employée par Koch.

A Colombes, nous avons vu une malade dont on nous a donné les draps du matin et ceux du matin précédent. En lavant une parcelle de ces draps, nous avons vu que les bacilles virgules ne se développaient pas avec le liquide pris sur les draps de la veille, et se développaient avec celui pris sur ceux du jour. Nous avons rencontré dans certains cas à Nanterre, en même temps que le bacille virgule, des spirilles très nombreuses. Nous n'avons jamais trouvé le bacille virgule dans le sang. Une fois nous l'avons trouvé dans des noyaux de broncho-pneumonie.

Le microbe du choléra de 1892 représente un bacille virgule. Il est doué de mouvements et présente des cils que nous avons pu déceler. Il ne se développe pas dans les milieux acides, il liquéfie le sérum gélatinisé et se cultive sur la pomme de terre. Le microbe de 1892 est plus court, plus gros, plus trapu que le bacille indien. Il trouble le bouillon ensemencé et ne donne de voile à sa surface qu'au bout de 2 jours. Il altère le lait. Sur la gélatine préparée avec du pancréas, le développement est plus rapide. Ceci fait différencier les 2 bacilles ; faut-il néanmoins rejeter toute similitude entre eux deux ? Mais il nous semble qu'on peut contre cette opinion admettre les idées suivantes : Le bacille indien conservé dans les laboratoires a quitté le corps des cholériques depuis 7 ou 8 ans. Plusieurs auteurs ont admis des variétés de ce bacille. Nous avons pu comparer le bacille de 1892 à un bacille plus jeune observé en Cochinchine par M. le Dr Calmettes. Il existe seulement une légère différence dans les cultures sur le lait. Nous croyons qu'il faut voir dans le bacille de 1892 un bacille virgule modifié par une certaine appropriation de milieu. Dans un cas de Saint-Denis nous avons rencontré un bacille plus long ressemblant à un bacille virgule.

Dans les 20 cas, nous n'avons pas trouvé de bacille virgule, les symptômes ont été semblables à ceux des autres cas. Sur ces 20 cas, 6 malades sont morts. Les plaques de culture ont donné le bacterium coli commune, et un bacille encapsulé ressemblait à celui de Friedlander, et un streptocoque. Sur les 10 cas parisiens, 4 se sont terminés par la mort, le bacille de Koch a été absent dans les cas traités à Paris et venant de la banlieue, le bacille virgule était constant. Jusqu'à présent, Paris semble absolument indemne ; les cas dénommés choléra sont des cas de diarrhée cholériforme. Dans la banlieue, les cas observés jusqu'à présent ont existé dans le territoire situé en aval de Paris, et la contamination de la Seine ne peut atteindre cette ville.

M. Chantemesse. — Au travail de M. Netter viennent se joindre plusieurs autres travaux. J'ai observé quelques cas de choléra. En effet, le bacille observé dans les cultures est plus gros, plus trapu que le bacille virgule, mais dans les garde-robes il présente les caractères ordinaires du bacille de Koch. Il existe deux formes dans les diarrhées actuellement observées. Il est important de savoir d'où nous vient ce bacille. Il ne semble pas qu'il ait été importé. Est-ce un reste de l'épidémie de 1884 qui est resté dans le sol et s'est réveillé sous une cause inconnue ? Dans un cas de Nanterre (le 13 juillet), l'ensemencement a donné des milliers de colonies de bacille virgule et de très rares autres microbes.

M. Dieulafoy. — J'ai observé quatre cas de choléra depuis le 25 mai. Le premier est arrivé avec les signes caractéristiques du début, sauf l'algidité. Nous avons donc pensé que c'était une diarrhée cholériforme. Le deuxième cas était un peu plus grave, mais il a guéri. Dans ces deux cas, M. Renou a trouvé le bacterium coli commune. Le troisième a été très grave, il présentait de l'algidité, il a guéri néanmoins, on trouvait dans les selles le bacille virgule caractéristique. Dans le quatrième cas, qui est mort, MM. Roux et Renou ont reconnu la présence du bacille virgule type. Ceci me rappelle que, dans les épidémies de choléra, il existe un certain nombre de cas plus ou moins légers. Il existe, dans ces quatre cas, une sorte d'accroissement de la gravité. Les deux premiers de nos malades étaient des parisiens, les deux autres des suburbains. Le choléra suburbain actuel ne procède pas comme le choléra indien ordinaire ; il reste confiné dans les localités suburbaines, tandis qu'il existe, dans Paris, un autre choléra moins grave.

M. Netter. — Je n'ai pas trouvé de différence entre le bacille des selles et celui des cultures. Actuellement, les maladies imputables à l'eau sont très fréquentes. Il est certain qu'en examinant la marche des différentes épidémies il se fait, avant l'épidémie proprement dite, une véritable préparation. On observe actuellement des cas de cholérine, des empoisonnements par les ptomaïnes, des cas de fièvre typhoïde. On ne peut, par les caractères présentés par l'épidémie actuelle, préjuger la marche future.

M. Rendu. — Je me demande si l'épidémie n'est pas venue de Paris. J'ai été appelé, dans la semaine de Pâques, le 21 avril, près d'un individu qui n'était pas sorti de chez lui de la journée et qui fut pris, dans la nuit, de diarrhée. Il avait eu, dans la nuit, 18 à 20 selles ; il présentait l'aspect d'un cholérique ; il a guéri. J'ai fait une enquête à ce sujet, le malade avait mangé un poisson, toute sa famille en avait mangé et n'avait pas été incommodée.

M. Netter. — Le premier cas de choléra de Nanterre s'est produit le 4 avril ; ce malade a contaminé une trentaine de malades. Dans les premières semaines d'avril, il y a eu d'autres cas, à Puteaux, Colombes, etc.

M. Bucquoy lit une communication sur le *traitement de la phtisie pulmonaire par la médication* stibiée. Parmi les médications qui trouvent leur emploi dans la phtisie pulmonaire et surtout dans certaines formes de cette maladie, il en est une qui ne mérite pas l'oubli dans lequel elle est tombée, c'est la médi-

cation stibiée, préconisée par Fonssagrives, en 1860, dans un travail publié dans le *Bulletin de thérapeutique*. La médication stibiée ne convient pas aux phtisies aiguë, granuleuse et galopante. Je crois cependant pouvoir faire une réserve à ce que la proposition précédente a de trop absolu. J'ai vu plusieurs fois le tartre stibié arrêter complètement la marche d'affections pulmonaires à forme catarrhale, le diagnostic de tuberculose aiguë n'ayant été démenti que par la terminaison rapide et surtout favorable de la maladie. Quelles sont donc les formes fébriles justiciables de la médication stibiée. Cette médication fait souvent merveille chez les sujets prédisposés par l'hérédité, qui accusent des bronchites antérieures assez fréquentes, qui ont craché du sang et dont un des sommets présente des signes non douteux de lésion tuberculeuse. Ce médicament abrège cette période si grave d'acuité, l'influence s'en fait sentir sur le pouls, sur la température d'une manière évidente, et on est surpris de voir le malade manger avec appétit et reprendre de l'embonpoint. Nous trouvons surtout l'indication de ce traitement dans la période de transition du premier au second degré de la phtisie, époque où s'observe le plus souvent l'état fébrile distinct de la fièvre hectique. L'antipyrine agit évidemment sur la température en l'abaissant, sans avoir aucun effet sur les autres symptômes ni sur l'affection locale. Nous obtenons cette action antithermique avec le tartre stibié d'une manière moins rapide mais plus soutenue. Il y a eu lieu de rapprocher de ces bronchites suspectes les pleurésies non moins suspectes qui sont si souvent les premières manifestations de la tuberculose pulmonaire.

Le traitement stibié trouve donc des indications, surtout dans les périodes peu avancées de la phtisie, et lorsque l'état fébrile répond à des poussées congestives plus ou moins étendues et accidentelles. Les indications posées, je passe au mode d'administration du tartre stibié. La formule en a été établie de la manière la plus précise par Fonssagrives qui a institué la méthode ; j'aurai peu de chose à ajouter. Fonssagrives débutait, on le sait, par des doses rasoriennes, et, quoiqu'il se tint à celle de 0,20 cent. quand la fièvre n'était pas trop vive, il n'hésitait pas à conseiller de dépasser cette dose et d'aller jusqu'à 0,30 et 0,40 c. pour abattre le mouvement fébrile. Le chiffre de 0,20 cent. adopté par Fonssagrives est le maximum, que je n'emploie qu'exceptionnellement, 0,10 et 0,15 cent. m'ayant toujours paru toujours suffisants au début du traitement. Je diffère encore de l'auteur de la méthode, en ce que jamais, dans la durée prolongée du traitement, je ne donne plus de 0,05 cent., m'éloignant en cela de toute idée rasorienne ; la valeur de la méthode étant pour moi, non dans la saturation stibiée, mais dans l'action lente et prolongée de doses minimes de la préparation antimoniale sur l'organisme, à la manière du mercure et de l'iodure dans la syphilis, du fer dans la chlorose, etc., etc. Le véhicule le plus convenable pour administrer le tartre stibié est le julep gommeux auquel il est bon d'ajouter, pour favoriser la tolérance, une petite dose d'opium sous la forme de sirop diacode ou de sirop de morphine. On peut aussi, à l'exemple de Fonssagrives, y associer de l'eau distillée de laurier-cerise ou de fleur d'oranger pour diminuer la répugnance et ôter au remède ce qu'il a de nauséeux. Il faut éviter la forme pilulaire qui a l'inconvénient d'exercer une action directe irritante sur la muqueuse de l'estomac. Pour que la médication stibiée réussisse, la condition indispensable est qu'elle soit bien tolérée. C'est le cas le plus ordinaire, lorsque le médicament est bien manié et que le malade a soin de s'abstenir de tisanes abondantes entre chaque dose de la potion émétisée. Lorsque la médication réussit sans occasionner de troubles sérieux, on peut la continuer longtemps avec de grandes chances de succès. Il m'est arrivé souvent de la prolonger six semaines, l'amélioration ne faisant qu'augmenter tout ce temps. Ce sont là des cas heureux, mais quand il s'agit de phtisie pulmonaire, ce serait s'illusionner que de ne pas compter sur de nombreuses déceptions.

Dans les cas nombreux où la maladie suit une marche rapide, il arrive souvent que le médicament provoque des nausées et de la diarrhée, ce serait alors une faute grave que de persister dans ce traitement.

Sans entrer dans plus de détails sur ce traitement, dont Fonssagrives a parfaitement établi les règles et les indications, je n'ajouterai que quelques réflexions à ce que j'ai déja dit de la valeur de cette méthode dans le traitement de la phtisie pulmonaire. La médication stibiée, pas plus que celles que nous voyons surgir chaque jour, ne peut prétendre à une action spécifique contre la tuberculose pulmonaire. Le remède capable de détruire le bacille tuberculeux reste à trouver.

Nous savons maintenant à quelles indications répond la médecine stibiée instituée par Fonssagrives. Elle s'adresse surtout aux complications inflammatoires, surtout si communes à la période intermédiaire du premier au deuxième degré de la phtisie. Elle n'atteint pas à coup sur la poussée tuberculeuse elle-même, mais son active résolution sur ces inflammations de mauvais aloi atténue singulièrement leurs fâcheux effets. Mais n'a-t-on pas à craindre que cette action résolutive ne soit achetée au prix d'une débilitation de l'organisme ? On devrait le supposer, si on s'en tient aux idées générales qui règnent sur la médication dite altérante. S'il en était ainsi, l'emploi du tartre stibié dans la phtisie serait à rejeter. Les faits contredisent cette opinion, car peut-on regarder comme des faits débilitants ce que nous avons observé chez nos malades, la chute rapide de la fièvre, le retour de l'appétit et des forces, et une augmentation de poids? Donc, au double point de vue de l'état local et de l'état général, l'emploi du tartre stibié à faibles doses et longtemps continué constitue une médication utile et recommandable dans certaines formes et à certaines périodes de la tuberculose pulmonaire.

Il trouve surtout son application dans les formes fébriles avec complications inflammatoires. A. RAOULT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 juillet 1892. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEL.

M. RECLUS, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Delorme sur le *traitement chirurgical des hémorrhoïdes par le procédé de Whitehead*, rappelle qu'il procède d'une façon à peu près analogue ; il extirpe les hémorrhoïdes et fait la suture de la muqueuse à la peau. Il n'a eu qu'une fois un accident sur 27 opérations. Il opère à la cocaïne et préfère de beaucoup ce traitement à la volatilisation qui donne une guérison moins rapide. Ce procédé peut-il amener des rétrécissements du rectum ? M. Reclus ne le croit pas; il n'a jamais observé cette complication après les opérations qu'il a faites. La dilatation anale est un mode de traitement très infidèle après lequel on observe très souvent des récidives.

Suite de la discussion sur les phlegmons septiques sus-hyoïdiens.

M. DELORME se demande si, comme l'a proposé M. le Dr Nélaton, il y a bien lieu de supprimer la dénomination de : Angine de Ludwig. Que le mot soit mauvais, il n'en disconvient pas; mais la chose qu'il représente existe réellement, à son avis. Il cite plusieurs observations qui montrent qu'il y a plusieurs variétés dans les phlegmons septiques sus-hyoïdiens et que l'une d'elles correspond à peu près à la description de Ludwig. Il s'agit plus particulièrement, dans ces cas, d'un phlegmon ayant son siège principal et son point d'origine au-dessus du muscle mylo-hyoïdien. On peut l'appeler *phlegmon sublingual*. C'est un phlegmon septique, qui reconnaît généralement pour cause la carie dentaire ou une ulcération des gencives. La porte d'entrée, dans ces cas, n'est pas toujours facile à trouver, mais il est certain que c'est toujours la muqueuse buccale.

Ludwig a insisté sur la difficulté des mouvements de la langue dans le type de phlegmon qu'il a décrit; et ce sont, en effet, ces troubles de la déglutition qui servent à préciser le diagnostic et le siège exact de la lésion. Souvent l'incision par la bouche est impossible ou insuffisante; il faut alors faire une ouverture sus-hyoïdienne. Souvent cette incision doit être pratiquée sur la ligne médiane pour faciliter la désinfection du foyer. Dans la plupart des cas d'Angine de Ludwig, pour trouver du pus, il faut traverser le mylo-hyoïdien, et une incision énorme est nécessaire pour obtenir une réelle désinfection.

M. Delorme termine sa communication en insistant sur le diagnostic des deux variétés de phlegmons sus-hyoïdiens suivantes : 1° Adéno-phlegmon sous-maxillaire ; 2° Phlegmon sublingual (ancienne Angine de Ludwig).

M. AUFRET a observé, en quinze ans, au moins trente cas d'abcès profonds du cou ; jamais il n'a perdu un seul malade, et pourtant dans le nombre il y avait des cas très graves. Ce qui explique la septicité et la gravité de ces phlegmons, c'est la richesse en lymphatiques de cette région. Il croit, lui aussi, à l'importance de l'érosion de la muqueuse, au point de vue de l'absorption septique.

M. GÉRARD-MARCHANT a observé un cas de phlegmon sus-hyoïdien accompagné de gingivite infectieuse, de fistules nombreuses, d'une ténacité désespérante, qu'il a confondu pendant plusieurs semaines avec un épithélioma du plancher buccal. A la longue, bien entendu, on peut rectifier de telles erreurs, mais il faut reconnaître que le diagnostic n'est pas facile. D'après M. Marchant, il y aurait au moins deux variétés de phlegmons sus-hyoïdiens : 1° le phlegmon suraigu septique,

extrêmement grave ; 2° le phlegmon chronique à début aigu, mais à marche subaiguë ou chronique.

M. Berger présente une petite malade chez laquelle il a mis en pratique un nouveau mode d'union des fragments de la rotule fracturée. Comme ces fragments étaient très friables et impossibles à perforer sans danger de brisure, M. Berger les a rapprochés à l'aide d'un cercle de fil d'argent, qui fut consolidé par des sutures périostiques. On peut appeler cette opération le *cerclage de la rotule*, qui est différent du procédé de Schede. Cette opération peut s'appliquer à tous les cas de fracture de la rotule dans lesquels les fragments sont trop multiples et trop petits pour être perforés.

M. Quénu, dans un cas de fracture comminutive de la rotule, a suturé les divers fragments entre eux de la façon suivante. Il a passé un fil de soie autour des petits fragments et les a rattachés à un fragment plus gros préalablement perforé.

Séance du 20 juillet 1892. — Présidence de M. Chauvel.

M. le Dr Mordret lit une observation de *kyste hydatique de la rate* (renvoi à une commission).

M. A. Marchand pense qu'il faut ramener à deux formes les *phlegmons cervicaux profonds* : 1° Ceux qui se développent dans la gaine vasculaire du cou ; 2° Ceux qui naissent dans l'espace maxillo-pharyngien. Les premiers sont la conséquence d'adénites ou de lymphangites profondes, et ces adéno-lymphites précarotidiennes forment des tumeurs allongées, fusant facilement vers le sternum, d'un diagnostic très difficile, parfois impossibles à distinguer des adénopathies malignes secondaires. Ils peuvent donner lieu à quelques complications fort graves. Les phlegmons de l'espace maxillo-pharyngien, ordinairement consécutifs à la carie dentaire, la périostite, les traumatismes, s'accompagnent fréquemment d'accidents dyspnéiques, de dysphagie, et parfois la trachéotomie devient nécessaire. M. Marchand a observé plusieurs cas des deux variétés qu'il décrit.

M. Verneuil trouve que la discussion a dévié. Mais faut-il, oui ou non, admettre l'Angine de Ludwig? Il faut distinguer tout d'abord entre phlegmon du cou et angine. Cela fait, on doit reconnaître que, si le mot est mauvais, la chose existe pourtant. Le type décrit par Ludwig est réel. Et, pour le prouver, M. Verneuil cite plusieurs cas typiques de phlegmons sus-hyoïdiens suraigus, affreusement septiques, mortels en quelques heures. Il explique cette malignité toute particulière par le mode d'inoculation. A son avis, ce sont les spirilles de la salive qui sont la cause de tout le mal. Il faut donc distinguer à tout prix des phlegmons du cou et de leurs diverses variétés une sorte d'angine ou plutôt de stomatite infectieuse qui constitue réellement une entité morbide. M. Verneuil termine sa communication par quelques remarques sur la meilleure façon de traiter les différents phlegmons sous-maxillaires.

M. Moty (du Val-de-Grâce) est de l'avis de M. Delorme : L'angine de Ludwig existe. Elle mérite de prendre place dans les cadres nosologiques. Il rapporte plusieurs observations à l'appui de son dire.

M. Schwartz a observé trois fois des phlegmons infectieux de la base de la langue (Angine de Ludwig). Il rapporte ces trois faits. Pour lui, ces phlegmons ont des caractères spéciaux : gonflement ligneux, dur, en cuirasse ; propulsion du plancher buccal contre la voûte palatine ; état général très grave, celui d'un individu profondément infecté. Il n'a pas pu vérifier l'existence d'un signe mentionné par M. Delorme, le gonflement du bourrelet gingival. Le pus siège, dans ces cas, au-dessus du mylo-hyoïdien, à la base de la langue. L'évolution de ces phlegmons est extrêmement rapide ; ils donnent lieu aux *abcès sus-linguaux*, connus depuis longtemps. L'incision doit être précoce ; rarement il y a guérison spontanée par issue du pus dans la bouche. On peut appeler l'Angine de Ludwig : *phlegmon sublingual infectieux*.

M. Chauvel cite deux cas analogues à ceux qui ont été rapportés et termine par quelques considérations sur la gravité de ces accidents.

M. Reclus présente un *kyste dermoïde du testicule* qu'il a enlevé récemment.

Elections. — Sont nommés *membres correspondants nationaux :* MM. Cerné (Rouen), Guélliot (Reims), Linon (Versailles), Forgue (Montpellier). Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 13 juillet 1892. — Présidence de M. Labbé.

M. Vigier revient sur la question des *flanelles mercurielles*. M. Bordier (de Bordeaux) serait arrivé à déterminer la quantité de mercure qui peut être perdue par une flanelle de dimensions ordinaires, soit de 5 décimètres carrés, au cours d'une nuit de 8 heures. La déperdition s'élève à 78 milligrammes.

M. Bucquoy trouve ce mode de traitement intéressant ; mais c'est tout. De même qu'avec les frictions mercurielles, qu'il a complètement abandonnées, on ne sait jamais les quantités de mercure qui sont absorbées exactement. D'ailleurs la méthode de l'introduction par la voie cutanée dans l'organisme est abandonnée un peu partout.

M. Hallopeau s'élève contre cette manière de voir. Pour lui les frictions constituent le traitement de choix. L'avantage est-il après tout de connaître exactement les doses que l'on donne? La limite d'ingestion est la tolérance.

M. Dujardin-Beaumetz désire avoir l'avis de la Société à propos des *prescriptions* que se propose de publier la commission *contre le choléra* dont il fait partie.

Les instructions dont il s'agit sont données en vue d'indiquer aux particuliers les mesures qu'ils devront prendre avant l'arrivée du médecin.

La commission recommande :

1° Pour réchauffer le malade : les boissons stimulantes : thé, café, cognac, rhum ; les enveloppements dans des couvertures chaudes ; le contact de bouillottes, briques, etc.

2° Pour arrêter la diarrhée : trois cuillerées à bouche, tous les quarts d'heure, de la potion suivante :

Acide lactique	10 grammes.
Sirop de sucre	90 —
Alcoolature de citron	2 —

à verser dans un litre d'eau.

3° Pour arrêter les vomissements :

Morceau de glace dans la bouche, boissons gazeuses. Si le menthol était un médicament plus maniable, M. Dujardin-Beaumetz le recommanderait de préférence.

Au point de vue de l'emploi des opiacés, M. Dujardin-Beaumetz préconise, avant tout autre, l'exilir parégorique de New-York modifié par Goblet. Il y a encore la formule de Laussedat qui fit autrefois merveille à Bruxelles :

Liqueur d'Hoffman	ãã 5 grammes.
Teint. éthérée de valériane .	
Laudanum de Sydenham . . .	1 —
Essence de menthe	5 gouttes.

XXV gouttes chaque fois qu'il y a menace de diarrhée ou de vomissements.

M. Bucquoy s'est toujours trouvé très bien de l'emploi de l'élixir parégorique. On peut en prendre de 10 à 50 gouttes sans inconvénient.

M. Créquy emploie avec avantage la préparation suivante :

Opium brut.	1 gramme.
Sous-nitrate de bismuth . . .	100 —

Une cuillerée à café dans 1/2 verre d'eau sucrée.

M. Constantin Paul fait observer que les cholériques n'éliminent pas et qu'on doit éviter de leur donner des substances toxiques.

M. Dujardin-Beaumetz. — En ce qui concerne l'emploi de l'acide lactique, on doit éviter d'en donner plus de 10 grammes. Des doses plus considérables entraînent la diarrhée, car on ne peut impunément transformer brusquement le milieu intestinal. M. Dujardin-Beaumetz entre alors dans certains détails fort intéressants sur la marche de l'épidémie, et sur laquelle le *Progrès médical* donne chaque semaine des renseignements extrêmement détaillés.

M. Vigier fait remarquer que la supériorité de l'élixir parégorique de Goblet est certainement due à la forte proportion d'antiseptiques qu'il contient, tels qu'acide benzoïque et camphre.

M. Dujardin-Beaumetz. — Il faut pour réaliser l'antisepsie intestinale des antiseptiques stables qui ne se dédoublent pas trop vite.

Il revient sur le menthol et dit que grâce à lui on peut administrer l'ipéca à hautes doses dans la dysenterie, sans amener de vomissements.

Sa formule est la suivante :

Menthol.	0.25 centigr.
Teinture d'ipéca.	12 grammes.
Alcool à 80°	40 —
Potion gommeuse	120 —

Une cuillerée à café toutes les deux heures.

M. Constantin Paul explique l'inefficacité du bismuth dans le choléra par ce fait que ce corps n'agit que dans le gros intestin. L'acide lactique, au contraire, produit ses effets dans l'intestin grêle, et c'est là qu'il vient atteindre le bacille.

Dauriac.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 5 *juillet* 1892. — Présidence de M. Parent.

M. Belliard, rapporteur. — *La myopie scolaire.* — La vue rapprochée étant la principale cause de la myopie, dans les écoles maternelles, aucun enfant ne doit lire, écrire ou dessiner à une distance moindre que 25 centimètres. Dans les écoles primaires, aucun élève ne doit s'approcher de son travail à moins de 33 centimètres, sauf impossibilité constatée par le médecin. Dans les établissements d'enseignement secondaire, cette distance de 33 centimètres doit être absolument obligatoire. — *Eclairage.* — En principe, il doit faire suffisamment clair à la place la plus sombre d'une classe. Les salles de classe et d'étude doivent être disposées de telle sorte qu'un œil placé au niveau de la table, à la place la moins favorisée, puisse voir directement le ciel dans une étendue verticale de 30 centimètres au moins, comptée à partir de la partie supérieure des fenêtres. Dans l'application de cette règle, il ne faut pas tracer l'épure d'après l'état actuel, mais en admettant que le propriétaire d'en face use de son droit en construisant à la hauteur admise par les règlements dans les villes ou par l'usage dans les communes rurales. L'éclairage bilatéral doit être préféré. Quand l'éclairage bilatéral sera inégal on s'arrangera de manière que la lumière la plus abondante vienne de la gauche des élèves. L'éclairage par un plafond vitré est le meilleur éclairage diurne. Un bon éclairage de nuit s'obtiendrait en donnant à chaque élève une lampe basse munie d'un abat-jour. Quand on emploiera le gaz, on n'acceptera que des becs circulaires munis de cheminées en verre ; il est désirable que chaque bec ou que l'ensemble de l'installation comporte un régulateur de pression. Il y aura au moins un bec par six élèves; les flammes seront placées à 2 mètres au-dessus du sol ; il y aura nécessairement des orifices de ventilation près du plafond, à moins qu'on ait ménagé au-dessus de chaque bec un tuyau pour l'évacuation des produits de la combustion. Toutefois, le meilleur éclairage de nuit consiste dans l'éclairage électrique des salles par diffusion au moyen de foyers à arc. Les foyers à arc étant complètement masqués, c'est le plafond seul qui, puissamment éclairé, envoie en tous points une lumière abondante, douce et uniforme.

Mobilier scolaire. — Les bancs et les tables rempliront les cinq conditions suivantes : 1° distance négative ou tout au moins nulle (c'est-à-dire que la table surplombe le banc) ; 2° différence de hauteur telle que le coude se pose naturellement au bord de la tablette ; 3° dossier assez prêt de la tablette pour servir d'appui pendant les exercices écrits ; 4° planchettes d'appui pour les pieds ; 5° inclinaison de 12 degrés de la planchette à écrire.

Le mobilier sera conforme aux cinq conditons énumérées ci-dessus. L'emploi de tablettes inclinées pour supporter les livres pendant la lecture sera interdit. — *Ecriture.* — L'écriture droite a l'avantage de rendre les caractères plus lisibles et de rendre naturelle la position normale de la tête, c'est-à-dire qu'elle s'oppose au rapprochement continu de celle-ci vers le papier. Pendant le cours élémentaire et le cours moyen on obligera les enfants à se conformer à la formule de Mme G. Sand : écriture droite sur papier droit, corps droit. Dans les cours plus élevés, l'écriture à main posée sera remplacée par l'expédiée, pour laquelle la pente est utile. Pour l'obtenir, il suffira d'incliner le papier vers la gauche, l'inclinaison de l'écriture s'ensuivra naturellement, et avec elle la rapidité d'exécution.

Livres scolaires. — Le lisibilité est la première qualité que doivent présenter les livres scolaires. La longueur des lignes ne devra pas dépasser 8 centimètres. Ils seront imprimés sur papier blanc ou légèrement jaune.

On n'admettra aucun livre qui, tenu verticalement et éclairé par une bougie placée à la distance d'un mètre, ne serait pas parfaitement lisible pour une bonne vue, à la distance d'au moins 80 centimètres. Cette même condition doit être remplie par le texte qui accompagne les atlas. Quant aux noms inscrits sur les cartes, ils devront être tous lisibles facilement et dans les mêmes conditions d'éclairage, à une distance de 40 centimètres.

Méthodes d'enseignement. — Jusqu'à l'âge de six ans révolus, les exercices de lecture n'auront jamais lieu en se servant de livres. Les exercices d'écriture seront faits exclusivement à la craie. Pour les enfants ayant plus de six ans, l'écriture pourra être tracée sur papier, mais sans pente et au moyen de crayons très noirs et très tendres. Tant que les enfants n'ont pas à écrire sur du papier, ils ne feront usage de tables ni pour écrire ni pour dessiner. Pour les commençants, les dimensions des lettres courtes seront comprises en 3m5 et 5 millimètres. La hauteur totale de l'écriture pendant tout le cours des études primaires sera d'environ 1 centimètre, et le corps des lettres courtes ne mesurera jamais moins de 2 millimètres. L'enseignement simultané de la lecture et de l'écriture ne sera admis qu'en tant que les indications ci-dessus seront rigoureusement suivies.

Durée des heures de travail. — Il faut réduire au minimum la durée des heures de travail. Pour les jeunes enfants au-dessous de six ans, aucune classe ne durera plus d'une heure sans être précédée et suivie d'une récréation d'au moins une demi-heure. Chaque classe d'une heure sera interrompue deux fois par des repos d'au moins 5 minutes, occupés par des mouvements avec chants ou par une récréation libre. Chaque classe d'une demi-heure comportera une interruption. Pour les enfants des écoles primaires, sauf pour le dessin, aucune séance ne durera plus d'une heure et demie ; il serait mieux de ne pas dépasser une heure. Pour les enfants plus âgés et de l'enseignement secondaire, aucune séance ne devra dépasser deux heures. On se conformera à la règle des trois 8, d'après laquelle, sur vingt-quatre heures, il convient d'en réserver huit au sommeil et ne pas en consacrer plus de huit au travail intellectuel. La gymnastique, la natation, le patinage, les exercices militaires, l'équitation, les manipulations chimiques, les travaux manuels et la musique sont les seules matières qui puissent être enseignées en dehors des huit heures de travail. Sauf les cas de force majeure, les récréations auront lieu en plein air ; aucun élève ne pourra s'en dispenser, ni par choix, ni pour faire des pensums, et la plus grande partie des récréations sera employée en jeux de force et d'adresse.

M. Javal. — Il faut aussi tenir en considération, au point de vue de la prédisposition à la myopie, une forme particulière d'hérédité, qu'on pourrait appeler hérédité par imitation. Des parents myopes, qui ont l'habitude de lire de très près, laissent leurs enfants les imiter sans en avoir assez de souci. Il faudrait tenir les parents en éveil contre cette tendance particulière.

M. Gillet de Grandmont. — Je ne crois pas qu'il soit réalisable de composer les atlas et même les dictionnaires avec des caractères aussi gros que ceux qui sont conseillés dans le rapport. Il y a là une question matérielle difficile à trancher. J'aurai voulu aussi voir dans le rapport une bonne part faite à la question de l'état général des enfants. La myopie ne se développe que chez des enfants affaiblis et constitue en quelque sorte une scoliose de l'œil. Que la coque oculaire soit assez solide et assez bien nourrie, et la myopie ne se développera pas.

M. Abadie. — *Nouvelle méthode de traitement des luxations complètes du cristallin.* — Les luxations complètes du cristallin transparent soit spontanées, soit consécutives à des traumatismes, aboutissent habituellement à la désorganisation complète de l'œil qui en est atteint. Il est impossible de faire

l'extraction de la lentille flottante à la partie déclive du corps vitré sous peine de délabrements considérables et fort dangereux. Dans ces conditions, j'opère de la façon suivante : Avec un crochet très recourbé en forme de serpette, je pénètre un peu en arrière de la région ciliaire et vais piquer le cristallin. Cette manœuvre est facile quand on a soin d'éclairer avec un photophore électrique l'intérieur de l'œil. Le cristallin, une fois piqué et harponné, est amené par un léger mouvement de bascule du crochet, dans le champ pupillaire où on le maintient immobile. En même temps, un aide ponctionne la cornée, et introduisant un kystitome dilacère largement la cristalloïde antérieure, ce qui est facile, car le cristallin maintenu par le crochet ne peut pas fuir. On retire alors tous les instruments. Au bout de huit à dix jours, quand les masses sont gonflées, ramollies, on ponctionne de nouveau largement la chambre antérieure, on introduit de nouveau le kystitome avec lequel on dilacère encore les masses ramollies, puis on les aspire avec une seringue de Pravaz munie d'une canule *ad hoc*. En une seule séance, après quelques discissions suivies d'aspiration, on évacue la totalité des masses cristalliniennes. Chez trois malades, âgés de quarante-trois, quarante-huit et cinquante-trois ans, cette méthode a donné des guérisons complètes.

M. Despagnet. — Le procédé me paraît *a priori* peu simple à cause de la difficulté qu'il y a à pénétrer le cristallin luxé qui manque de point d'appui. De plus, on sait que dans les luxations du cristallin, il existe régulièrement une liquéfaction du corps vitré ; je m'étonne donc de voir le cristallin rester en place dans le champ pupillaire sans retomber en arrière une fois l'opération terminée. Dans le travail que j'ai publié dernièrement sur ce même sujet et qui a été appuyé par des observations de Trousseau, nous avions aussi examiné la pratique d'Agnew, qui traverse la sclérotique avec une petite fourche « bident » pour fixer le cristallin ; nous avions conclu que cette opération ne donnait pas des résultats aussi favorables que l'extirpation à la curette après iridectomie. Ce qu'il y a de particulièrement heureux dans l'exécution de l'extraction à la curette après iridectomie, c'est qu'il s'établit un courant liquide qui déplace le cristallin luxé vers la plaie cornéenne. La préhension de la lentille à la curette est ainsi facilitée, et sauf une petite issue, inévitable, de corps vitré, l'opération se termine généralement bien.

M. Gorecki. — L'extraction du cristallin luxé est parfois rendue difficile à cause d'adhérences qui s'établissent, plus ou moins solides, entre la lentille et les restes de la zonule : j'en ai eu la preuve en faisant l'autopsie d'un œil atteint d'accidents glaucomateux graves à la suite de luxation cristallinienne et que j'avais dû énucléer. Dans cet œil le cristallin était fixé solidement dans sa position nouvelle et on n'eût pas pu l'extraire à la curette.

M. Gillet de Grandmont. — Je ne crois pas, comme disait M. Despagnet, que la luxation du cristallin s'accompagne toujours de liquéfaction du vitreum ; je me souviens des opérations anciennes d'abaissement après lesquelles on voyait quelquefois la lentille reprendre spontanément sa place, ce qui ne s'explique que si l'on admet que le corps vitré avait conservé sa consistance normale. C'est probablement aussi dans ce fait qu'il faut chercher l'explication des cas de M. Abadie dans lesquels le cristallin est resté maintenu dans l'ouverture pupillaire. Néanmoins, je crois que l'extirpation du cristallin à la curette, à la condition qu'elle soit accomplie franchement, doit donner, en général, de meilleurs résultats que le procédé ingénieux proposé par M. Abadie.

M. Meyer. — J'accepte volontiers le procédé opératoire, mais s'il s'agit de cristallins transparents et s'ils peuvent être replacés et maintenus dans leur position normale pourquoi ne pas les y laisser sans les dilacérer et les extraire ? On pourrait le tenter.

M. Abadie. — Il est difficile de représenter graphiquement la manœuvre à laquelle j'ai eu recours pour piquer et déplacer le cristallin ; moi-même, en principe, je ne me rendais pas un compte exact de ce que je pourrais faire. J'affirme, toutefois, que grâce à un crochet très recourbé, cette manœuvre est on ne peut plus simple et sans qu'il y ait la moindre sortie du corps vitré. Je prétends de plus que dans les luxations complètes du cristallin la recherche de celui-ci à la curette, en plein vitreum, est une opération très difficile, très hasardeuse, pleine de dangers ; on ne distingue rien. C'est donc pour éviter ces dangers que j'ai imaginé le procédé précédent qui m'a donné satisfaction.

VARIA

Le Choléra en Europe.

Le choléra sévit toujours en Russie et il est fort intéressant d'étudier les efforts multiples qui sont faits de tous côtés pour essayer d'en enrayer la marche.

Toutefois il semble s'avancer peu à peu, en dépit des mesures prises avec une très louable énergie par le gouvernement russe. Il n'existe pas encore à Moscou, ou du moins, s'il n'y a pas été officiellement constaté (1), on est à peu près sûr qu'il n'est pas, à l'heure actuelle, bien loin de la frontière autrichienne. Nous aurons de la peine à l'enrayer dans sa marche.

En tous cas, on trouvera dans les lignes qui suivent des renseignements précieux sur le nombre des décès, les troubles survenus en Russie à son propos, et les mesures qui ont été prises par les différentes nationalités.

I. — Marche et péripéties de l'épidémie cholérique en Russie.

a). *Troubles dus au choléra.*

Saratov. — La populace s'est soulevée le 10 juillet, à Saratov, à la suite du bruit qui s'était répandu que les médecins ensevelissaient vivants certains malades. Le bureau de la police, les appartements du chef de la police et des médecins, l'hôpital des cholériques, ont été mis au pillage. Dix-sept malades ont été enlevés à l'hôpital ; les employés de cet établissement ont été attaqués par la foule ; deux ont été tués, quatre autres blessés.

Tiflis. — D'autre part, on mande de Tiflis que les tribunaux de cette ville sévissent avec énergie contre toutes les personnes qui se refusent à appliquer les mesures d'assainissement prescrites. Un grand nombre de propriétaires, qui s'étaient refusés à se conformer aux règlements sanitaires, ont été condamnés à la prison. Dans d'autres villes également, on signale que les tribunaux ne se montrent pas moins sévères.

M. le ministre de l'intérieur a fait d'ailleurs publier et afficher, dans les villes du bassin du Volga, un avis déclarant que tout nouveau désordre, toute nouvelle violence, seraient réprimés par la force armée et que les coupables seraient jugés par la cour martiale.

b). *Les décès par choléra.*

Le choléra s'est déclaré à Batoum, dans la région où sont internés les émigrants d'Astrakhan. A Simbirsk on signale 20 cas et 11 décès. Le bulletin officiel relevait, à la date du 15 juillet, à Rostov-sur-le-Don, 35 cas de choléra et 13 décès ; à Azof, 18 cas, 9 décès. Il restait dans cette dernière ville 22 malades ; dans les environs, le nombre des cas de maladie a fortement diminué. Il y a eu à Astrakhan 391 cas de choléra et 225 décès ; à Saratov, 82 cas, 43 décès ; à Tsaritsine, 89 cas, 54 décès ; et à la date du 16 juillet, à Astrakhan, 269 cas, 218 décès ; à Saratov, 90 cas, 62 décès ; à Samara, 62 cas, 32 décès. D'après les renseignements officiels, il y a eu du 13 au 15 juillet 108 cas de choléra dans la province de Bakou, 33 dans le district transcaspien, 29 dans le Turkestan et 17 sur le chemin de fer du Transcaucase. Il y a eu le 16 juillet, à Tsaritsine, 134 cas et 70 décès ; le 17 juillet, à Astrakhan, 268 cas, 182 décès ; à Saratov, 109 cas, 78 décès ; à Samara et dans les environs, 56 cas, 45 décès ; à Kazan, 2 cas, 1 décès. Au 18 juillet, on comptait, à Voronej, 4 cas et 2 décès ; sur les stations de la ligne Rostov-Voronej, 35 cas et 12 décès.

(1) On a répandu ces jours derniers des nouvelles d'après lesquelles le choléra aurait aussi fait son apparition à Moscou. Contrairement à ces bruits, le maire, M. Alexcief, a déclaré, cette semaine, à une séance du Conseil municipal, qu'aucun cas de choléra ne s'était produit jusqu'à présent, et qu'on n'avait même constaté aucun cas de maladie se rapprochant du choléra. Nous avons vu hier un habitant de Moscou : il croit que le choléra n'a pas encore atteint cette ville.

II. — Mesures prises contre le choléra.

1° *Russie.* — La lutte contre l'épidémie s'organise avec plus de régularité et d'ensemble.

a). *Sud de la Russie.* — Les mesures de précaution ont été prises dans presque toutes les villes du gouvernement, notamment à Kostroma, Kherson, Orel et Eletz.

On s'occupe activement d'envoyer des secours dans les régions atteintes par l'épidémie. Le ministère de l'intérieur, qui a dirigé sur Astrakhan, Bakou, Saratov et Samara près de cent médecins, étudiants et aides-chirurgiens, se prépare à en envoyer un nombre égal dans les autres centres contaminés. Près de 400,000 roubles ont été expédiés jusqu'à ce jour en province par les soins du comité de bienfaisance présidé par le grand-duc héritier. L'administration du Terek vient de diviser ce territoire en sections médicales, et de prendre les mesures préconisées par la commission sanitaire de Saint-Pétersbourg.

Les municipalités de Saratov, de Samara et de Bakou, où les médecins manquent, ont pris des mesures pour recruter un personnel médical parmi les étudiants des universités, auxquels on offre des rémunérations assez élevées. Un grand nombre d'étudiants sont déjà partis pour Bakou et l'Asie-Mineure. On a donné l'ordre de renforcer les cordons sanitaires à Simferopol et de ne pas laisser aborder les bâtiments de commerce sans leur avoir fait subir une visite médicale. Huit postes d'observation ont été aussitôt établis. En raison de l'aggravation de l'épidémie en Mésopotamie, les passeports à l'étranger seront refusés à tous les sujets russes musulmans se rendant en Asie-Mineure; une surveillance sévère est organisée par les troupes sur la frontière.

On vient de publier un décret de l'empereur ayant trait à l'importation d'objets venant d'Asie. Les laines et les cotons, ainsi qu'un certain nombre d'autres marchandises, devront être soumises à la désinfection. L'importation des peaux et des fruits crus, à l'exception des citrons et des grenades, est interdite. Les voyageurs seront soumis à une quarantaine de sept jours.

Des croisières seront établies dans la partie nord de la mer Caspienne, afin d'arrêter les vapeurs et les voiliers venant des régions atteintes par l'épidémie, et qui cherchent à éviter les escales d'observation sanitaire. Les communications fluviales vont être rétablies entre Astrakhan et les ports du Volga, en vue de la foire de Nijni-Novgorod. On mande de cette dernière ville que les marchandises venant par voie de terre arrivent quotidiennement en grand nombre.

b). *Saint-Pétersbourg.* — La commission sanitaire de Saint-Pétersbourg a décidé de se borner pour le moment à la division de la ville en 251 sections médicales; si l'épidémie se déclarait, les cimetières urbains seraient aussitôt fermés et les inhumations autorisées seulement dans les cimetières de la banlieue.

c). *Nijni-Novgorod et le Volga.* — Les ministres examinent la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu d'envoyer dans la région du Volga un fonctionnaire chargé d'y exercer des pouvoirs dictatoriaux pendant la durée de l'épidémie. La pêche serait interdite sur le Volga, dans les eaux des localités atteintes par le choléra, les poissons, fumés ou séchés, expédiés à Nijni-Novgorod pour être répandus dans le monde entier, étant, paraît-il, susceptibles de propager les germes de la terrible épidémie. — Voici d'autres mesures prises par le gouverneur de Nijni-Novgorod pour combattre le fléau. Une commission composée de vingt-cinq médecins, ayant à leur disposition soixante étudiants en médecine et plusieurs centaines d'infirmiers, a reçu de pleins pouvoirs pour prendre toutes les mesures qu'elle croira nécessaire à la sécurité publique. Des hôpitaux flottants, contenant deux cent cinquante lits, vont être établis sur le Volga et sur l'Oka; des baraquements pouvant recevoir neuf mille ouvriers seront, en outre, élevés sur les rives de ces fleuves, et tous ceux que leur situation de fortune obligeait, jusqu'ici, à habiter des locaux humides et privés d'air, y seront accueillis. Des cuisines populaires seront aménagées dans les différents quartiers de la ville et défense sera faite aux marchands de vendre des fruits crus. Chaque habitant sera tenu d'avoir chez lui quelques médicaments, qui lui seront fournis gratuitement, et à l'aide desquels pourront être donnés les premiers soins prescrits pour les cholériques. Enfin, de 100 verstes en 100 verstes, des postes médicaux seront créés sur la ligne du chemin de fer, et chaque train sera pourvu d'un wagon exclusivement destiné aux voyageurs que le choléra atteindrait pendant le parcours.

A Nijni-Novgorod, cinq cents pharmacies ont été envoyées dans les différents districts; la municipalité s'occupe de constituer le corps médical, celui de la ville étant insuffisant pour assurer le service des hôpitaux si l'épidémie venait à se déclarer. Un lazaret flottant a été établi d'après les instructions du professeur Anrep. Il est installé à dix verstes de la foire, en aval, et occupe toute la largeur du fleuve. Les barques dont il se compose ont été enduites de naphte et recouvertes de couleurs à l'huile, pour isoler le lazaret des eaux courantes. Aucun objet suspect ne sera jeté dans le fleuve; une des barques amarrées à la rive, où sont installées les machines à vapeur pour l'éclairage électrique, contient un poêle d'énormes dimensions, uniquement destiné à la destruction de tous les objets contaminés.

2° *Portugal.* — En Portugal, les provenances de Russie sont soumises à une quarantaine. Des mesures ont été également prises à l'égard des produits venant de la France, comme si le choléra existait réellement dans notre pays.

3° *Angleterre.* — Le gouvernement anglais vient d'interdire l'importation et le débarquement en Angleterre des chiffons de provenance française (nous n'avons pourtant pas le choléra), de ceux de la Russie méridionale et de la Turquie d'Asie, sauf au cas de réexportation.

4° *Serbie.* — Le gouvernement serbe a décidé que tous les voyageurs et les provenances de Russie, arrivant en Serbie par la Bulgarie et la Roumanie, seraient soumis à une quarantaine de sept jours.

5° *Roumanie.* — La nouvelle qu'un cas de choléra s'était produit à Korabia, en Roumanie, a été officiellement démentie; cependant, le gouvernement de Belgrade a décidé que les voyageurs, et surtout les ouvriers, venant de Roumanie, seraient également soumis à une quarantaine de vingt-quatre heures et que leurs bagages seraient désinfectés.

6° *Brésil.* — Une dépêche de Rio-Janeiro porte que le gouvernement brésilien vient d'imposer quelques jours d'observation aux provenances de Russie, France, Afrique et Méditerranée. Les plus grandes précautions sanitaires vont être prises.

7° *Belgique.* — A la Chambre des représentants, à Bruxelles, le 10 juillet dernier, M. Melvaux a interpellé au sujet des mesures prises pour empêcher l'introduction du choléra. Le ministre a répondu que toutes les mesures ont été prises pour empêcher cette introduction par voie de terre comme par voie de mer.

8° *Autriche.* — On signale l'apparition du choléra dans les districts russes voisins de la Galicie et parmi les troupes cantonnées sur la frontière, et on vient d'instituer une commission d'enquête dans laquelle le gouvernement a fait entrer M. de Jaworski, président du club polonais.

Des précautions minutieuses sont prises dès à présent à l'égard des voyageurs venant de la Russie; des stations sanitaires ont été établies tout le long de la frontière; l'Université de Cracovie a été invitée à désigner un certain nombre de médecins et d'étudiants pour assurer le fonctionnement des services organisés par la commission; des comités locaux ont été organisés dans toute la Galicie pour parer à toutes les éventualités et donner à la population les indications nécessaires et les moyens de se préserver du mal. L'inspection des voyageurs venant de Russie et de leurs bagages, qui a été ordonnée en vue d'empêcher la propagation du choléra en Autriche-Hongrie, a déjà commencé aux stations de Szczakawa, Brody, Podwoloczyska et Nowosielica.

9° *Egypte.* — Par suite de l'apparition du choléra à Saint-Jean-d'Acre, le gouvernement égyptien a imposé une observation de sept jours à toutes les provenances allant de Beyrouth jusqu'à Jaffa, ces deux ports non compris. On a reçu d'excellentes nouvelles de la santé des pèlerins revenant de la Mecque. M. B.

Le nouveau système d'écriture pour les aveugles.

M. le docteur Monprofit vient de faire, à l'Hôtel de ville d'Angers, une conférence sur l'éducation des jeunes aveugles et spécialement sur la nouvelle méthode inventée et pratiquée par Mlle Mulot.

Nos lecteurs savent de quoi il s'agit, puisque nous avons ici même publié un article sur ce sujet il y a un an (1). Nous les y renvoyons. Il serait à désirer que le Gouvernement jetât enfin les yeux sur la tentative si désintéressée et les succès croissants de Mlle Mulot. Ce ne serait que justice...; mais ce n'est pas en ce monde — pas plus que dans l'autre — qu'il faut rechercher cette petite bête-là. M. B.

Hospices civils de Marseille.

Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.

Le lundi 17 octobre 1892, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour 3 places d'élèves internes. Le lundi 24 octobre 1892, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour 8 places d'élèves externes. Ces deux concours auront lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical. Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'administration des Hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur residence. Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Nota. — Bien que le concours de l'Internat soit annoncé pour

(1) *Prog. méd.*, n° 22, 30 mai 1891, p. 444, et n° 29, p. 53, 18 juil. 1891.

trois places, et celui de l'Externat pour huit places, ce nombre pourra être diminué ou élevé si la Commission le croit nécessaire.

Un autographe de Théophraste Renaudot.

Le *Magasin Pittoresque* a publié le mois dernier une intéressante étude sur Théophraste Renaudot (1) de notre collaborateur Albin Rousselet. Dans cet article se trouve un très curieux autographe dont M. Gordon, le sympathique bibliothécaire de la Faculté de médecine de Montpellier, a bien voulu envoyer une épreuve photographique à notre ami.

MM. Jouvet, directeur du *Magasin Pittoresque* et Charles Mayet, secrétaire général, nous ont gracieusement offert un cliché de cet autographe que nous reproduisons ci-dessous en leur adressant nos plus vifs remerciements.

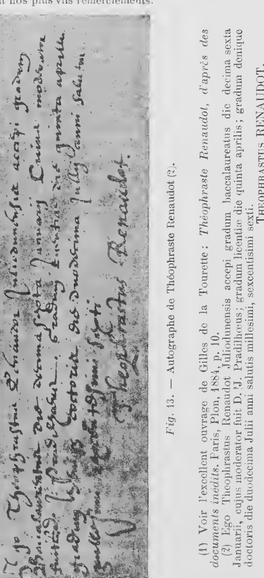


Fig. 13. — Autographe de Théophraste Renaudot (2).

(1) Voir l'excellent ouvrage de Gilles de la Tourette : *Théophraste Renaudot, d'après des documents inédits*. Paris, Plon, 1884, p. 10.

(2) Ego Theophrastus Renaudot Juliodunensis accepi gradum baccalaureatus die decima sexta Januarii, cujus moderator fuit D. J. Pradilhœus ; gradum licentiæ die quinta aprilis ; gradum denique doctoris die duodecima Julii anni salutis millesimi, sexcentisimi sexti.

THEOPHRASTUS RENAUDOT.

Une réduction de cet autographe a paru depuis dans la brochure sur Théophraste Renaudot que le *Comité pour l'érection à Paris d'une statue à Th. Renaudot* vient de publier. Cette brochure, due à M. Gilles de la Tourette, est en vente au profit de la statue chez tous les libraires et aux Bureaux des *Archivestprovinciales de Chirurgie*, 14, boulevard Saint-Germain.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 25. — M. Puyo-Medina. Contribution à l'évolution du chancre syphilitique érosif phagénédique superficiel. — M. Colas. Traitement de l'érysipèle par les pulvérisations de sublimé. — M. Renous. Quelques considérations sur les migraines en rapport avec les maladies nasales, et spécialement avec l'hypertrophie des cornets. — M. Gouraud. De la cure radicale de certains rétrécissements de l'urèthre par la résection suivie de suture. — M. Martin (Abel). De l'attitude rectiligne dans l'ankylose du coude au point de vue professionnel. — M. Marcu. Contribution à l'étude du traitement des hémorrhagies post-partum chez les femmes hémophiliques. — M. Orgogozo. Les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les mastoïdites grippales. — M. Klefstad-Sillonville. Kystes chyleux du mésentère. — M. Lamotte. Traitement chirurgical de la névralgie faciale. — M. Pecker. Contribution à l'étude de l'influence des affections latentes des reins sur les résultats post-opératoires.

Mardi 26. — M. Lucas. Des aliénés à entrées multiples. — M. Vignardou. Essai historique sur la part des écoles vétérinaires françaises dans les progrès de la médecine générale. — M. Leter. De l'alcoolisme comme cause de dégérescence, et dans ses rapports avec l'épilepsie. — M. Duval. De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes utérins. — M. Loukaitis. Kératite parenchymatoire ; pathogénie et son traitement. — M. Sicard. Contribution à l'étude de l'inversion récente puerpérale. — Mlle de Forin. Contribution à l'étude des hémorrhagies internes de l'utérus gravide. — M. Vigneron. Intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein. — M. Nogues. Réparation de l'urèthre périnéal. — M. Wartel. De l'uréthrectomie. — M. Turbiau. Du traitement des pneumonies et des congestions pulmonaires aiguës par les enveloppements humides prolongés. — M. Vilimirovitch. Etude sur la pleurésie médiastine, en particulier chez l'enfant. — M. Frémicourt. Considérations sur le traitement constitutionnel de la syphilis. — M. Minguet. De la pluralité des uréthrites. Contribution à l'étude des écoulements de l'urèthre. Uréthrites non blennorrhagiques. — M. Prat. Quelques considérations sur la pleurésie purulente chez les tuberculeux. — M. Boulanger. Contribution à l'étude de l'instabilité mentale. — M. Mennessier. Les affections professionnelles des ouvriers mégissiers. — M. Legrand. Hygiène et prophylaxie dans les stations maritimes. — M. Jouon. Contribution à l'étude de la grossesse tubaire. — M. Lallement. De l'hérédité et de la contagion dans la tuberculose. — M. Pallier. La tuberculose du pancréas. — M. Morisse. Contribution à l'étude de la péritonite à pneumocoques.

Mercredi 27. — M. Castera. Etude sur les rapports de l'éléphantiasis des Arabes avec la filaire du sang. — M. Ménard. Contribution à l'étude du mal perforant plantaire. — M. Coutrest. Recherches expérimentales sur l'action physiologique de l'anagyrine, et particulièrement sur son action cardio-vasculaire. — M. Bouju. Lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse. — M. Gioganti. Contribution à l'étude de l'arythmie cardiaque consécutive aux lésions du myocarde. — M. Rieunier. Quelques mots sur la médecine au moyen âge, d'après le speculum majus de Vincent de Beauvais. — M. Faidherbe. Les médecins et les chirurgiens de Flandre avant 1789. — M. Germa. Du phimosis ; ses conséquences, son traitement. — M. Bonnemaison. Opération de Phelps et arthrotomie médio-tarsienne dans le traitement du pied bot varus équin congénital. — Mademoiselle Margoulis. Contribution à l'étude de l'otite moyenne aiguë suppurée chez les enfants. —M. Duprat. Contribution à l'étude des troubles moteurs d'origine psychique. Syndrome de Jaccoud. Artério-abasie. — M. Boucheron. Quelques conditions de la cure opératoire radicale du décollement rétinien traumatique et myopique récent. — M. Boyer. Contribution à l'étude de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme. — M. Fischer. Des lésions tuberculeuses de l'uretère. — M. Faure-Miller. Contribution à l'étude clinique des cardiopathies artérielles à type valvulaire. — M. Royer. Etude sur le chloroforme par les petites doses. — M. Dufour. Etude sur les calculs enchatonnés de la vessie chez l'homme. — M. Natanson. Arthrodèse dans le pied bot paralytique. — M. Timmermans. Méthode sclérogène appliquée aux ostéo-arthrites du poignet.

Jeudi 28. — M. Hugonin. Contribution à l'étude des lésions de la volonté chez les aliénés. — M. Rathelot. Contribution à l'étude de la bilharzia hœmatobia. — Mlle Littauer. Des mouvements de l'iris et de l'action de l'atropine et l'ésérine sur la pupille. — M. Delavau. Quelques considérations sur les névrites cervico-brachiales dans la tuberculose. — M. Thiroux. Contribution à l'étude de la neurasthénie. — M. Grajon. De la forme dite sénile de l'ostéomalacie. — M. Saunal. De la cirrhose alcoolique chez les enfants. — M. Dorie. Contribution à l'étude des cystites calculeuses. — M. Moses. La méthode Sacrée (opération de Krookt) et son application aux cancers et rétrécissements du rectum. — M. Vandaele. Contribution à l'étude de la bourse séreuse préthyroïdienne et de son hygroma. — M. Bourbon (Henri). De la cystocèle inguinale rencontrée au cours de la kélotomie. — M. Hallion. Des déviations vertébrales névropathiques. — M. Raichline. Contribution à l'étude clinique de la syringomyélie. — M. Béchet. Contribution à l'étude clinique des formes de la maladie de Parkinson. — M. Bonnet. Iutoxication par le sulfure de carbone. — M. Gannelon, La rougeole à l hospice des Enfants-Assistés. — M. Chancerel. Les apothicaires et l'ancienne Faculté de médecine de Paris. — M. Duperet-Muret. De la folliculite conglomérée trichophytique. — M. Romane. Etude physiologique et bactériologique de l'amygdale.

Vendredi 29. — M. Brin. De l'évolution des tumeurs propres à la capsule surrénale. — M. Plichon. Le tabes dorsal est-il

d'origine syphilitique? — M. Galard. De l'épithéliome aux divers âges. — M. Chaudet. Contribution à l'étude clinique de la phlébite grippale. — M. Moreau. Contribution à l'étude du hoquet hystérique. — M. Mirkovitch. Etude sur les eaux minérales en Serbie. — M. Delbecq. Des lésions de la vésicule biliaire dans la lithiase. — M. Guérard. Du traitement chirurgical de la surdité consécutive à l'otite moyenne sèche. — M. Miquel. De la pneumatocèle traumatique. — M. Hasle. Contribution à l'étude de quelques variétés d'ostéomyélites costales aiguës. — M. Mallet. Du débridement de la vulve comme opération préliminaire dans les interventions sur l'utérus, le vagin de la vessie (Etude du procédé de M. Chaput). — M. Roques de Fursac. Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par la méthode autoplastique.

SAMEDI 30. — M. Teyssedre. Contribution à l'étude des anomalies du développement du rein. — M. Hansen. De la méthode rationnelle de l'administration de l'huile de foie de morue. — M. Marty. Etude critique et bibliographique sur l'hystérectomie totale pendant les années 1890, 1891, 1892.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 10 juillet 1892 au samedi 16 juillet 1892, les naissances ont été au nombre de 1162 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 486; illégitimes, 152, Total, 638. — *Sexe féminin :* légitimes, 372 ; illégitimes, 152. Total, 524.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 10 juillet 1892 au samedi 16 juillet 1892, les décès ont été au nombre de 925 savoir : 494 hommes et 431 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 11, T. 19. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 11, F. 13, T. 24. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 1, F. 5, T. 6 — Diphtérie, Croup : M. 7, F. 8, T. 15. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 101, F. 50, T. 151. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 9, T. 27 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 12, F. 21, T. 33. — Méningite simple : M. 14, F. 17, T. 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 17, F. 26, T. 43. — Paralysie, M. 2, F. 2, T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 3, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 20, T. 45. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 7, T. 18. — Bronchite chronique, M. 7, F. 8, T. 15. — Broncho-Pneumonie : M. 22, F. 9, T. 31, — Pneumonie : M. 15, F. 13, T. 38. — Gastro-entérite, biberon : M. 66 F. 74, T. 140 — Gastro-entérite, sein : M. 12, F. 3, T. 15. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 11, F. 4, T. 15. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 17, F. 14, T. 31. — Sénilité : M. 11, F. 21, T. 32. — Suicides : M. 15, F. 1, T. 16 — Autres morts violentes : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres causes de mort : M. 76, F. 77, T. 153 — Causes restées inconnues : M. 2, F. 2, T. 4.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 76, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 31, illégitimes, 13. Total : 44. — *Sexe féminin :* légitimes, 21, illégitimes, 11. Total : 32.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours du Clinicat chirurgical.* — M. Thierry est nommé chef de clinique à l'Hôtel-Dieu ; M. Demoulin à l'Hôpital de la Charité ; M. Villemin à l'hôpital de la Pitié.

Concours de Clinicat obstétrical. — M. Lepage est nommé chef de clinique à la clinique Baudeloque ; M. Demelin est nommé chef de clinique à la clinique de la rue d'Assas.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Cette semaine a eu lieu au Ministère de l'instruction publique, sous la présidence de M. Léon Bourgeois, la session ordinaire du Conseil supérieur de l'instruction publique. C'était la première fois que se réunissait le nouveau conseil supérieur issu de la réélection du mois de mai dernier.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique à Chamonix, et dans le massif du Mont-Blanc, du 3 au 11 août prochain. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous : Gare de Lyon, où l'on prendra, le mercredi 3 août, à 11 précises du matin, le train pour Ambérieu. Les personnes qui voudront profiter de la réduction de 50% accordée par le chemin de fer, devront verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie, Jardin des Plantes, 61, rue de Buffon, ou à la galerie de géologie, avant le premier août, à 5 h., dernier délai. On trouvera au Laboratoire tous les renseignements relatifs à l'excursion, et spécialement un programme imprimé donnant le détail de l'itinéraire.

LA CATASTROPHE DE SAINT-GERVAIS. — Parmi les blessés de la fameuse et épouvantable catastrophe de Saint-Gervais figure le Dr Guyenot, fils, médecin de l'établissement thermal, qui, en sautant d'une fenêtre, s'est fait plusieurs fractures. Il a été transporté à Genève, dans le service du professeur Reverdin ; nous sommes persuadé que, placé en d'aussi bonnes mains, il sortira de là sain et sauf.

LA PESTE EN MÉSOPOTAMIE. — On affirme que l'existence de la peste, dont on avait annoncé l'apparition, il y a quelques semaines, en Mésopotamie, vient d'être officiellement constatée en Perse, dans la localité de Sabzavar. On réclame une entente internationale au sujet des mesures nécessaires pour empêcher la propagation de cette maladie.

STATUE A THÉOPHRASTE RENAUDOT. — Le Conseil municipal de Paris vient de voter 4,000 francs pour l'érection, près du Marché-aux-Fleurs, à l'endroit où s'élevait le *Bureau d'Adresses*, d'une statue au Dr Théophraste Renaudot, fondateur du *Journalisme* et des *Consultations charitables*. Le Comité, dont M. Jules Claretie est président, a confié l'exécution du monument au sculpteur Alfred Boucher. — Pour les souscriptions, s'adresser à MM. les Drs Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune, et Marcel Baudouin, 14, boulevard Saint-Germain.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — La Société médico-psychologique se réunira en séance ordinaire, le lundi 25 juillet, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. — *Ordre du jour :* 1° Contribution à l'étude des stigmates psychiques de la dégénérescence : M. Michel Catsaras. 2° Etude des troubles de la respiration dans les maladies mentales et en particulier dans la paralysie générale ; MM. Klippel et Boetau. 3° Sur un cas de maladie des tics convulsifs avec mouvements par obsession : M. Roubinovitch.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr SALVIAT fils (de Bordeaux). — M. le Dr DROUET (de Paris). — M. le Dr SOULIGOUX (de Vichy), reçu en 1868. — M. le Dr ARTHAUD, de Villecrisnes (Seine-et-Oise), reçu en 1839. — M. le Dr ALLIOT, médecin à Meung-sur-Beuvron, (Loir-et-Cher), reçu en 1870. — M. le Dr AUBINAIS (de Nantes), reçu en 1839. — M. le Dr de la CUEVA (de Paris). — M. THOMAS (François-Joseph), pharmacien de première classe en retraite, officier de la Légion d'honneur, décédé subitement le 27 juin à Paris à l'âge de 61 ans. — M. le Dr HERLAND, pharmacien de première classe, (de Brest). — M. le Dr POUEY, médecin-major au 40e de ligne, à Privas. — M. le Dr HATTON, de Bessèges (Gard), reçu en 1859. — M. le Dr MASIUS, professeur de clinique interne à l'Université de Liège, vient d'avoir la douleur de perdre son fils, M. Jean MASIUS, étudiant en médecine, décédé inopinément à l'âge de 25 ans. — M. le Dr BILLAUT, d'Onzain (Loir-et-Cher). — M. le Dr O'NEIL, de Port-Saint-Père, (Loire-Inférieure).

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 31. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 30 JUILLET 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. J.-M. CHARCOT.

Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes.

DU DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ D'ORIGINE HYSTÉRIQUE (*vigilambulisme hystérique*) (*suite*) (1);

par GEORGES GUINON, chef de clinique à la Salpêtrière.

1° ETAT B (*état anormal, condition seconde, état de vigilambulisme*).

C'est l'état dans lequel, depuis 1884-1885, la malade vit habituellement jour et nuit. Il n'est guère interrompu que de temps en temps par de très courtes apparitions, soit spontanées, soit provoquées, de l'état A. Il est tenace à ce point que la maladie même ne peut le faire disparaître. C'est ainsi qu'au mois de mars 1891, Marie H... fut atteinte d'une pneumonie double assez grave, avec élévation considérable de la température, sans que son état fût le moins du monde modifié. Tous les jours à peu près, pendant cette maladie, qui fut assez longue, nous l'avons éprouvée à ce point de vue, et toujours nous nous sommes trouvés en face de notre somnambule éveillée, cataleptisable, suggestionnable, etc.

Elle présente, nous l'avons assez montré ci-dessus, tout l'aspect d'une personne normale. Elle va, vient, marche, court, danse, parle comme tout le monde Depuis six ans qu'elle est dans cet état elle a pu acquérir un grand nombre de notions nouvelles qui, ajoutées à celles qui ont persisté dès le premier jour dans l'état second, lui permettent de passer dans la vie, sans avoir l'air trop empruntée.

Elle sait lire couramment, écrire et compter à peu près bien et exécuter, outre des ouvrages de couture vulgaires, quelques travaux d'aiguille ou de crochet plus délicats et plus compliqués. On verra plus loin que l'interrogatoire dans l'état A nous réserve une singulière surprise à ce sujet.

Dans cet état second elle est sujette à des attaques d'hystérie vulgaires, classiques, avec phase épileptoïde, période des grands mouvements et arcs de cercle, phase d'attitudes passionnelles. De plus, elle a été de nouveau, et en particulier au milieu de 1890, atteinte d'une nouvelle période d'état de mal hystérique épileptiforme, identique aux périodes précédentes dont nous avons parlé plus haut.

En outre, elle porte à un très haut degré de développement tous les stigmates ordinaires de l'hystérie. Elle présente une anesthésie totale, non seulement superficielle, mais encore profonde avec perte du sens musculaire, accentuée à un tel point qu'elle tombe comme une masse quand on lui fait fermer les yeux.

En ce qui concerne les sens, le goût, l'ouïe et l'odorat sont complètement abolis à gauche. Il existe un double rétrécissement du champ visuel très prononcé (25° à gauche, 30° à droite) (*Fig.* 14) avec dyschromatopsie complète des deux côtés pour toutes les couleurs sauf pour le rouge.

Enfin on note la présence de deux points hystérogènes. l'un au niveau du vertex, l'autre au niveau de la région ovarienne droite.

Si l'on s'adresse à la mémoire, en particulier à la mémoire des faits, on s'aperçoit tout de suite qu'elle n'a pas le moindre souvenir de tout ce qui s'est passé antérieurement à une période assez mal délimitée qui paraît comprendre la seconde moitié de 1884 et la première partie de 1885.

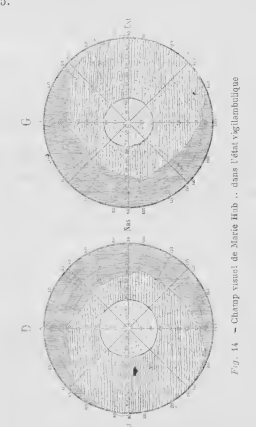


Fig. 14. — Champ visuel de Marie Hub.. dans l'état vigilambulique

Elle sait son nom, qu'elle entend répéter tous les jours, mais a oublié son prénom. Elle *ne se rappelle pas* où elle demeurait avant d'arriver à la Salpêtrière, où elle croit être entrée il y a cinq ans. Elle dit quelquefois six ans, mais cela tient à la présence des oscillations entre les deux états qui ont probablement rempli la période mal délimitée de 1884 à 1885.

Elle ne sait point où elle est née; « on lui en demande trop long. » Elle dit qu'elle a 38 ans, « c'est sa sœur qui le lui a dit bien souvent. » Elle ne connaît point Legrand du Saulle ; elle a seulement entendu parler de lui ; il est mort il y a quelques années.

Elle sait lire aujourd'hui, écrire et compter, mais elle ne savait pas lors de son arrivée à la Salpêtrière. C'est la jeune L..., une de ses compagnes, qui lui a appris à lire, à écrire, à compter et à faire du crochet et de la dentelle, Cette malade, interrogée, nous dit en effet que Marie H.... ne savait rien quand elle-même est arrivée à l'hospice et que c'est elle qui lui a appris tout ce qu'elle sait.

Elle se rappelle parfaitement bien l'Exposition de 1889. Elle y est allée avec un Américain et la femme de celui-ci qui avait séjourné quelque temps dans le service et y avait fait connaissance avec elle. Ils lui ont même donné un fichu de laine, qu'elle porte encore sur les épaules, et quelques autres objets de toilette. Elle est montée avec eux à la tour Eiffel.

En revanche, elle ne sait pas ce qu'on veut dire quand on lui parle de la guerre de 1870-71, du siège de Paris, de la Commune. Elle ignore absolument tout cela.

(1) Voir *Progrès Médical*, nos 11, 13, 19, 27 et 28, 1892.

En ce qui concerne sa famille, elle ne connaît rien touchant son père, quelle profession il exerçait, s'il est mort et de quelle maladie. Il en est de même pour sa mère. Si elle connaît sa sœur, c'est que celle-ci est venue souvent la voir depuis qu'elle est dans son état second.

Elle ignore de même où elle a été élevée, ne connaît pas le village de Persan, n'a jamais été à Necker, à Lariboisière, n'a jamais habité rue Notre-Dame-des-Champs. La connaissance de sa vie antérieure, acquise par nous autrefois, avant 1884, et reconnue conforme par les révélations obtenues d'elle ultérieurement dans l'état A, nous permettait de lui faire des questions absolument précises qui auraient dû, si cela eût été possible, réveiller chez elle, par leur précision même, tout au moins des lambeaux de souvenirs. Mais jamais cela n'est arrivé et la nuit a toujours été trouvée complète en ce qui concerne sa vie antérieure.

Pour ce qui est des nombreux médecins entre les mains de qui elle a été dans sa vie, elle ignore absolument tous ceux qui sont antérieurs à 1885. Elle ne connaît ni M. Ollivier, ni M. Proust. A propos de ce dernier, on verra plus loin à quel singulier incident a donné lieu sa présence dans la salle des cours, un jour qu'il assistait à une leçon de M. Charcot relative à Marie H...

A la Salpêtrière, même elle ne connaît pas M. Féré, M. Ballet. Elle a connu un peu M. Marie, en 1885, alors qu'il était chef de clinique, mais point auparavant. Inutile de dire qu'elle connaît M. Charcot. Quant à moi, elle m'a connu, en 1885, alors que j'étais interne dans le service, mais seulement pendant quelque temps. En un mot, depuis 1885, elle connaît et se rappelle bien la succession des divers internes et chefs de clinique de M. Charcot.

Il en est de même pour les malades qui ont séjourné avec elle à l'hospice. Elle ne se souvient pas de B..., de P..., sorties antérieurement à 1885. Elle se rappelle bien C..., Louise H..., qui sont sorties plus tard. En ce qui concerne la jeune L... qui lui a appris à lire, « elle l'a toujours connue. »

Comme on le voit, nous avons pu, grâce à notre connaissance de sa vie antérieure, adresser à la malade des questions précises dont je donne ici les plus typiques et qui mettent bien en lumière le dédoublement de la personnalité et l'amnésie.

J'en aurai fini avec les détails quand j'aurai dit qu'elle sait parfaitement l'année, le mois, la date et le nom du jour où nous sommes.

Il est remarquable que chez elle, comme chez Marguerite D..., bien que « cela l'agace un peu qu'on lui fasse toutes ces questions » il existe à l'égard de cette amnésie, qui devrait cependant lui donner à penser, une sorte d'indifférence qui la lui fait accepter sans révolte.

Je n'insisterai pas sur la présence chez elle des signes somatiques et psychiques que l'on rencontre habituellement dans le grand hypnotisme : hyperexcitabilité neuromusculaire, contracture somnambulique, suggestibilité. Le passage plus haut cité des leçons de M. Charcot montre l'existence déjà ancienne de ces phénomènes. Il suffit en outre du moindre bruit pour la plonger dans l'état cataleptique avec respiration superficielle, ralentie, flexibilité cireuse spéciale des membres, qui gardent la position qu'on leur donne, sans signes manifestes de fatigue (tremblement du membre, efforts et accélération de la respiration). Ces phénomènes, je l'ai dit, avaient persisté sans la moindre modification pendant le cours d'une pneumonie grave survenue en mars 1891.

En ce qui concerne la suggestibilité, elle est tout à fait complète. On lui fait voir, entendre, sentir, toucher, ce qu'on veut. Elle fuit devant des serpents, cueille des fleurs imaginaires dans un jardin, voit des élèves du service avec des cornes de rhinocéros sur le front, etc..., etc... Elle réalise merveilleusement l'expérience du contraste des couleurs. En appliquant sur un papier blanc l'hallucination d'un carré rouge, elle voit immédiatement, sur un autre papier blanc qu'on lui présente, un carré vert de mêmes dimensions.

On peut même transporter par ordre dans la condition première des suggestions faites dans le vigilambulisme, comme de véritables suggestions post-hypnotiques. A cet égard l'expérience de la photographie, que j'ai décrite en détails à propos de Marguerite D..., réussit parfaitement chez elle.

J'ai parlé aussi, à propos de Marguerite D..., de l'épisode du charlatan qui a tenté, en 1890, de les enlever toutes deux de l'hospice pour les faire servir à des expériences.

2° ETAT A (*Etat normal, état prime, état de veille*).

Lorsque, à l'aide d'un des procédés de réveil dont je parlerai plus loin, on provoque artificiellement chez Marie H... un retour à cet état, ou lorsqu'il reparaît spontanément à la suite d'une attaque, elle éprouve tout d'abord un trouble assez violent. « Où suis-je ? dit-elle ; qui m'a amenée ici ?... Mais je ne connais personne ici ! » (sauf M. Charcot et moi, comme on le verra plus loin). Elle cherche à se débarrasser du fichu de laine qu'elle a sur les épaules, ce fichu qui lui a été donné par les Américains avec qui elle est allée à l'Exposition, en 1889. « Ce n'est pas à moi, ce fichu, je n'en veux pas... on va me prendre pour une voleuse ! » Elle ne sait ni la date du mois, ni le nom du jour. Elle regarde par la fenêtre et voyant de la neige dans la cour, dit : « Nous sommes en hiver. »

Mais peu à peu elle se calme et si on lui demande comment elle se trouve, elle répond : « Je suis bien... je me sens bien... Ah ! oui, quelquefois je suis colère, agitée, nerveuse..., mais maintenant je me sens bien, je suis plus calme. » Fait-elle allusion par ces paroles à l'autre état, dont elle aurait une vague idée ? Peut-être ; en tous cas, nous constatons ici un phénomène qui ne paraît pas habituel chez les vigilambules. En effet, sans parler des autres, de Felida, de la dame de Mac Nish, etc..., on a vu que Marguerite D... préférait, comme toutes ces dernières, l'état second à l'état prime.

Dans cette condition première, elle ne sait plus ni lire, ni écrire, ni compter. Elle sait coudre grossièrement (depuis longtemps elle gagnait quelque argent en travaillant à ourler des draps ou à coudre des sacs pour la lingerie de l'hospice), mais est incapable de faire aucun travail au crochet et est fort étonnée quand elle trouve dans sa poche un ouvrage semblable en train.

Elle est encore nettement hystérique dans cet état, mais les stigmates de la névrose sont beaucoup moins prononcés que dans la vigilambulisme. En effet, elle n'est qu'hémianesthésique gauche et non plus anesthésique totale. Elle ne tombe plus comme une masse quand on lui fait fermer les yeux. Le rétrécissement du champ visuel, qui était dans l'état B de 25° à gauche et de 30° à droite, n'est plus que de 80° de ce côté et de 40° de l'autre. De plus, l'œil gauche seul reste dyschromatopsique ; le droit perçoit toutes les couleurs. L'ouïe et le goût restent perdus à gauche, l'odorat est simplement plus faible de ce côté (Voir *Fig.* 15).

Il n'existe, d'autre part, aucun trouble de la motilité qui distingue cet état du précédent.

Pour bien se rendre compte de sa situation à ce moment, il faut partir de ce principe qu'elle se croit en 1885. Elle dit quelquefois : en 1884, nous avons vu pourquoi. Cela posé, nous allons l'entendre nous raconter toute sa vie antérieure à cette date, avec des détails dont la véracité et la précision ont pu être contrôlées nettement par des renseignements puisés dans les registres de l'Assistance Publique et conformes, d'autre part, aux antécédents notés dans le travail déjà cité de MM. Marie et Souza-Leite, à propos de son état de mal hystéro-épileptique de 1884.

Elle est née en 1853, le 15 décembre (elle a donc aujourd'hui 32 ans, dit-elle) à Saint-Denis, Grande-Rue de La Chapelle, n° 3. Son père, qui était très nerveux, est mort d'un ulcère de l'estomac. Sa mère est morte poitrinaire à Lariboisière. Elle a une sœur, mariée, qui a deux enfants très nerveuses.

Elle a été élevée à Persan, chez les sœurs. On n'a jamais pu lui apprendre à lire « bien qu'elle fût intelligente, mais elle

était trop nerveuse et avait trop mauvaise tête. » Pendant son enfance, elle eut des convulsions et fut sujette à de violentes crises gastralgiques.

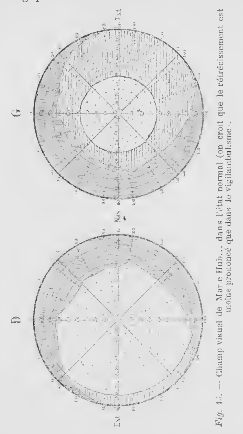


Fig. 45. — Champ visuel de Marie Hub... dans l'état normal (on croit que le rétrécissement est moins prononcé que dans le vigilambulisme).

En 1871, pendant la guerre (elle avait à cette époque dix-huit ans), elle habitait boulevard Ornano, passage Masset. Son père tenait un garni et était en outre mécanicien au chemin de fer du Nord, où il resta quinze ans. Il fut blessé d'un éclat d'obus pendant le bombardement de Paris.

De 1871 à 1878, de dix-huit à vingt-six ans, elle fit dans les hôpitaux plusieurs séjours dont nous avons pu contrôler l'exactitude. Elle entra d'abord comme infirmière à l'hôpital des Enfants-Malades. Mais elle eut là des crises de nerfs pour lesquelles on la transperta à l'hôpital Necker, dans le service de M. Ollivier. Puis vient un séjour à l'hôpital Lariboisière, où elle entre dans le service de M. Proust pour des attaques de nerfs et la chorée.

Je place ici le récit d'un incident fort singulier et tout à fait inattendu qui se produisit un jour dans la salle des cours, pendant une leçon à laquelle assistait M. le Pr Proust.

Marie H..., interrogée en état B sur les personnes qu'elle connaissait autour d'elle, avait désigné M. Charcot, moi et les élèves du service. On la place ensuite en état A et on lui fait la même question, pensant qu'elle allait montrer, comme d'habitude, M. Charcot et moi. Mais, après nous avoir désignés, elle jette un coup d'œil autour d'elle et, tout à coup, souriant : « Tiens ! voilà M. Proust... Bonjour, Monsieur ! Est-ce que vous me reconnaissez ? j'ai été autrefois chez vous à Lariboisière... C'était M. Comby qui était interne. » Ce fait étonna fort l'auditoire et nous-mêmes, bien qu'il fût en somme assez naturel. Mais nous ne pensions pas sur le moment que la malade pût reconnaître M. Proust qu'elle n'avait pas vu depuis treize ans.

Après son séjour à Lariboisière, elle retourne chez sa sœur, puis va habiter jusqu'en 1880 au couvent des Dames de la rue Notre-Dame-des-Champs, qu'elle quitte enfin pour entrer dans le service de M. Legrand du Saulle. « Je le connais bien, M. Legrand du Saulle ; j'ai été sept mois dans son service autrefois... Vous me demandez s'il est mort ? Allons donc ! je l'ai rencontré ces jours-ci dans les cours, il se porte comme vous et moi ! »

Elle connaît bien M. Ballet : « C'est l'ancien chef de clinique. Maintenant c'est M. Marie qui est chef de clinique..., tiens ! où donc est-il ?... il est sans doute dans les salles... Ah ! voilà M. Guinon, l'interne. » C'était ainsi en effet en 1885. De même pour ce qui est des malades, ses compagnes, elle connaît bien B... et P..., mais elle n'a jamais entendu parler de C... ni de Louise H .., dont nous lui citons les noms. (Voir plus haut les mêmes questions dans l'état B).

On lui présente la jeune L..., celle qui lui a appris à lire, à écrire, à faire du crochet dans l'état B. « C'est une petite nouvelle, dit-elle, je ne la connais pas beaucoup. Elle n'est guère à l'hospice que depuis une quinzaine. » Et en effet L... est entrée à la Salpêtrière au commencement de 1885. Elle la connaît donc dans ses deux états. Mais quelle différence entre l'un et l'autre !

Bien entendu elle ne connaît rien de ce qui s'est passé depuis 1885, l'Exposition de 1889, par exemple. Elle ne sait pas ce que c'est que la tour Eiffel. Elle n'a jamais été nulle part avec des Américains.

La modification, si nettement caractérisée par ce trouble de la mémoire, porte également, dans l'état A, sur les phénomènes hypnotiques que la malade présentait à un si haut degré dans le vigilambulisme. Plus d'hyperexcitabilité neuro-musculaire ; à peine un certain degré de diathèse de contracture. Un bruit, même assez intense, produit auprès d'elle, ne la plonge plus dans l'état cataleptique. Enfin l'absence de suggestibilité est complète.

3° Passage d'un Etat a l'autre.

Chez Marie H... comme chez Marguerite D... on peut dire d'une façon générale, considérant et l'établissement primitif de l'état second, le début de la maladie, et les passages ultérieurs accidentels spontanés ou provoqués, que la transition se fait toujours à la faveur d'une attaque convulsive hystérique plus ou moins complète ou fruste. Les considérations auxquelles nous nous sommes livrés à propos de la précédente malade, et qui peuvent être appliquées à Marie H..., nous dispenseront d'entrer dans d'aussi longs détails.

Il paraît certain que l'établissement de l'état second s'est fait à l'occasion des états de mal successifs auxquels la malade a été en proie pendant la seconde moitié de 1884 et la première moitié de 1885. Il y a eu là une période traversée par des oscillations irrégulières entre l'état A et l'état B, ce qui explique les divergences existant dans les paroles de la malade qui, ramenée en condition première, dit tantôt être en 1884 et tantôt en 1885. Puis, peu à peu, l'état B a de plus en plus empiété sur l'état normal et a fini par le remplacer complètement. Car ici, à l'encontre de ce qui se passait chez Marguerite D..., laquelle avait toujours conservé une période nocturne d'état normal, l'état B existe d'une façon permanente. Le retour de l'état A est toujours accidentel, soit qu'il survienne spontanément, soit qu'on le provoque artificiellement.

Dans ces deux cas, le passage de l'état B à l'état A est toujours marqué par une attaque convulsive hystérique d'une violence assez notable. Au début, nous ne connaissions que le passage accidentel, à la suite d'une attaque survenue dans l'état B, pour une contrariété ou tout autre motif, présentant une violence assez grande et caractérisée par les trois phases caractéristiques de l'attaque classique. Plus tard, on s'aperçut que l'on pouvait, par une suggestion impérative et énergique : « Réveille-toi, je le veux, il le faut, » provoquer artificiellement le retour de l'état A. Mais, entre la suggestion et le retour se place régulièrement une attaque convulsive.

Chose remarquable : au début, cette attaque, marquant le passage provoqué, était assez longue et violente et nécessitait que la malade fût maintenue par deux ou trois personnes. Peu à peu, les phénomènes convulsifs s'atténuèrent et aujourd'hui tout se borne à un cri accompagné de quelques mouvements des bras et d'un arc de cercle caractéristique. D'autres fois l'arc de cercle manque, mais on est en présence d'une véritable attaque épileptoïde avec

cri initial, phase tonique, phase clonique, écume aux lèvres, etc...

Quant au passage de l'état A à l'état B, on n'a jamais besoin de le provoquer. Il se produit toujours spontanément et même trop vite au gré de l'observateur, qui est obligé de le faire reparaître plusieurs fois en une demi-heure, pour pouvoir tenir une conversation quelque peu suivie avec la malade dans l'état A. Même par les suggestions les plus énergiques, nous n'avons jamais pu faire durer plus longtemps le retour à l'état A. Il se fait toujours de même avec une parfaite régularité, à la faveur d'une petite attaque consistant en un cri, quelques secousses des bras et un arc de cercle.

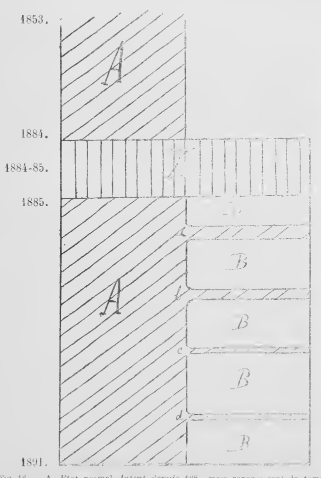


Fig. 16. — A. Etat normal, *latent depuis* 1885, mais reparaissant de temps à autre soit spontanément, soit artificiellement, et interrompant l'état B par de courtes incursions (a, b, c, d) dans sa continuité.
B. Etat second, interrompu de temps en temps par des retours de l'état prévu (a, b, c...) ; habituel depuis 1885,
X. Phase de transition, période des grands états de mal hystériques de 1884-85.

Comme chez la précédente malade, la figure ci-contre (*Fig.* 16) peut servir à schématiser la vie de Marie H... De la naissance en 1884-85, la vie normale (A) existe seule comme chez tout le monde. En 1884-85 se place une phase de transition, marquée par les états de mal hystériques épileptiformes, à la faveur desquels a apparu tout d'abord puis s'est installé définitivement l'Etat B. Enfin, depuis 1884, jusqu'aujourd'hui, la personnalité B, interrompue par des apparitions accidentelles (a, b, c, d) d'état A, est la seule habituellement apparente. La personnalité A est latente depuis cette époque, sauf les dites réapparitions.

Cette malade est encore actuellement (mai 1892) dans le service de M. Charcot, dans la même situation depuis plus de sept ans. (*A suivre*).

Faculté de médecine. — *Clinicat obstétrical.* — Le Concours du Clinicat obstétrical s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Demelin (clinique de la rue d'Assas) ; Lepage (clinique Baudelocque).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Contribution à l'étude clinique des anévrysmes de l'aorte au point de vue de leur traitement par la méthode romaine ou la méthode du Pr Guido-Baccelli;

par le Dr de Saboia, ex-professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Rio-Janeiro, membre correspondant à l'Académie de médecine et de la Société de Chirurgie de Paris.

Les anévrysmes de l'aorte appartiennent exclusivement au domaine de la médecine. C'est seulement quand ils siègent sur certains points de cette artère et présentent des dispositions spéciales ou deviennent saillants, ou bien se montrent à l'extérieur, qu'on pourra avoir recours à la chirurgie qui interviendra de quelque manière que ce soit, sans qu'ils perdent pour cela le caractère d'extrême gravité qui les accompagne. Médecins et chirurgiens sont tous d'accord que l'on doit considérer les anévrysmes de l'aorte comme une affection essentiellement mortelle, et condamner à une fin plus ou moins prochaine tous ceux qui, par malheur, se trouvent atteints d'une telle maladie.

L'aorte, comme l'on sait, est le principal et le plus volumineux des troncs de l'appareil vasculaire destiné à apporter le sang, après sa vivification et son oxygénation dans les poumons, à travers tous les organes et les tissus.

Elle part du ventricule gauche, et, après un trajet ascendant de 5 à 6 centimètres plus ou moins, elle s'incurve de droite à gauche et donne successivement naissance au tronc brachio-céphalique, à la carotide primitive gauche et à la sous-claviaire gauche, descend ensuite le long de la colonne vertébrale jusqu'à la 4e vertèbre lombaire, où elle se bifurque pour constituer les iliaques primitives.

De même que n'importe quelle artère peut se dilater en vertu de certaines causes d'inflammation et d'irritation, provoquées par des traumatismes ou des efforts plus ou moins violents, par le rhumatisme, la goutte, l'alcoolisme, la syphilis ou par d'autres états morbides qui peuvent déterminer un processus de dégénérescence athéromateuse ou graisseuse de ses tuniques, de même l'aorte devient parfois le siège de dilatations qui occupent une zone plus ou moins étendue de sa circonference, ou une partie limitée de ses parois présentant dans le 1er cas une tumeur cylindroïde ou fusiforme et dans le 2e cas une tumeur sphéroïde ou sacciforme. On croyait, il n'y a pas encore bien longtemps, que les anévrysmes de l'aorte se formaient, ou bien au dépend des 3 tuniques qui rentrent dans la composition de cette artère, ou bien seulement au dépend de l'une de ces tuniques appelées endothéliale, musculeuse ou élastique et adventice, et l'on donnait aux tumeurs qui résultaient de l'ampliation des 3 tuniques artérielles le nom d'anévrysmes vrais et à celles qui étaient formées par la dilatation de l'une seule de ces tuniques le nom d'anévrysmes faux, divisés aussi en mixtes internes ou anévrysmes herniaires lorsque la tunique interne en passant à travers la tunique moyenne, rompue, s'unissait à la tunique externe et allait avec elle constituer la tumeur, l'ampoule ou sac anévrysmal; et en mixtes externes lorsque la tumeur ou sac était formé par la tunique externe.

Grâce, enfin, aux travaux de Axel Key et de Recklinghausen, dont nous trouvons un résumé dans le *Traité sur les anévrysmes de l'aorte thoracique*, du Dr Verstroten, on a reconnu qu'il n'existe pas d'anévrysmes,

dans le vrai sens du mot, même avec la disposition cylindroïde ou fusiforme, qui soient formés par la dilatation ou la distention des 3 tuniques artérielles. Jamais, dit le professeur Verstroten, on ne rencontre intacte la tunique interne ; on y observe toujours des altérations pathologiques, caractérisées par des taches jaunâtres disséminées dans toute son extension, ce qui indique une dégénérescence graisseuse ; dans d'autres cas on y observe des pustules athéromateuses, des ulcères variables comme forme et comme étendues. Le professeur Recklinghausen, de son côté, a démontré qu'il n'existait pas un seul anévrysme sans altération primitive et rupture de la tunique moyenne ; pourtant si l'on considère l'anévrysme après son début, on voit qu'il n'y a pas un seul qui soit formé par ampliation des tuniques interne et moyenne ; le sac ou ampoule est exclusivement formé par la tunique externe.

Quoi qu'il en soit, les anévrysmes peuvent se montrer sur n'importe quel point ou portion de l'aorte, cependant on les trouve plus fréquemment dans l'aorte thoracique que dans l'aorte abdominale, de préférence chez l'homme.

Je dois dire que j'ai observé, chez la femme, quelques cas d'anévrysmes de l'aorte abdominale, surtout de forme cylindrique, tandis que je n'ai jamais eu l'occasion d'en observer un seul cas dans la portion thoracique. En général, les anévrysmes sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme, et les auteurs les donnent dans la proportion de 10 0/0.

Les anévrysmes forment des tumeurs de différentes grandeurs, depuis celle d'une noix jusqu'à celle de la tête d'un adulte. D'après le professeur Guido-Baccelli, les anévrysmes de l'aorte thoracique se manifestent plus fréquemment :

a) Dans la portion ascendante qui, partant de l'origine de la grande artère, se dirige en bas de l'articulation externo-claviculaire droite et se continue sous le sternum.

b) Dans la portion supérieure de l'aorte descendante thoracique qui ne s'est pas encore appliquée sur la face antérieure de la colonne vertébrale (1).

Sur 79 cas observés par Libert, 27 cas appartiennent à la partie ascendante de l'aorte, et sur 162 autres cas il y en a 59 où l'anévrysme avait pour siège la crosse de l'aorte. La sixième partie des cas appartient à l'aorte descendante.

Il y a dans le musée anatomo-pathologique de la Faculté de Rio-Janeiro, parmi les pièces pathologiques conservant les affections cardiaques et celles de l'aorte, recueillies par le professeur Martins Costa et offertes par lui, deux anévrysmes de l'aorte : dans l'un, la tumeur, se trouve entre l'origine de la sous-clavière et de la carotide à gauche, et le tronc brachio-céphalique à droite, et dans l'autre la tumeur naît de l'aorte au point d'origine du tronc brachio-céphalique. Dans la collection, il y a une pièce à l'état sec dont l'anévrysme s'est développé sur la partie postérieure du tronc brachio-céphalique à l'origine de la carotide, et le sac se trouvait accolé à l'œsophage.

Tous les auteurs s'accordent à dire que les anévrysmes de l'aorte sont plus fréquents en Angleterre qu'en France. L'observation montre qu'ils ne sont pas rares à Rio-Janeiro ! Nous ne possédons pas à ce sujet des données statistiques bien positives, à un tel point que dans son travail sur la mortalité à Rio, publié il y a deux mois par M. Favilla Nunez, il ne fait pas mention d'un seul cas de mort par anévrysmes, lorsqu'il suffit de se rapporter à l'article mortalité publié par les journaux de la ville pour y voir 4 à 6 cas de mort par mois.

(1) Voir la *Gazette médicale de Rome*, mars 1878.

L'illustre médecin, M. le baron de Lavradio, s'est donné la peine de réunir tous les cas d'anévrysmes qui se trouvent mentionnés dans les travaux publiés par le Dr Luiz da Sylva Beandão et d'en faire une statistique depuis 1868 jusqu'en 1881 où l'on trouve relaté le nombre d'anévrysmes de chaque année et d'où il résulte ce fait intéressant à connaître que les cas de mort par anévrysmes sont allés en augmentant progressivement ; de 1874 à 1881 on a constaté chaque année les cas de mort suivants : en 1875, 17 cas — en 1876, 19 cas — en 1877, 27 cas — en 1878, 46 cas — en 1879, 52 cas — en 1880 et 1881, 69 cas.

D'après cette année, on peut établir que la moyenne des cas de mort due aux anévrysmes de l'aorte dans ces dernières années a été de 80 cas chaque année. Mon illustre confrère, le Dr Martins Costa, pense que la fréquence de cette maladie parmi nous est assez grande ; on ne la voit pas figurer plus souvent dans les certificats de mort, parce qu'on a la mauvaise habitude, chez nous, de donner les complications et les accidents comme étant la cause de la mort sans désigner la maladie principale.

L'existence des anévrysmes de l'aorte a passé entièrement inaperçue des anciens jusqu'à la fin du XVIe siècle. Ca n'a été seulement que depuis les travaux de Valsalva, de Morgagni, de Scarpa, en 1804, principalement depuis l'application de l'auscultation dans les maladies du cœur par Laënnec, 1814, que le diagnostic de cette affection est devenu plus précis jusqu'à atteindre le degré de perfectionnement dans lequel il est arrivé de nos jours, et cela grâce aux travaux de Andral, Chomel, Bouillaud, Trousseau, Peter, Jaccoud, en France ; de Stokes, de Bellingham Thurmam, Hogdson, Beathy, en Angleterre ; de Skoda et autres en Allemagne. Stokes dit dans son *Traité des maladies du cœur et de l'aorte* (p. 624) que, jusqu'en 1830, on ne connaissait pas d'une manière précise les anévrysmes de l'aorte abdominal, et qu'avant les travaux du Dr Beathy, de Dublin, on confondait cette affection avec plusieurs autres qui avaient leur point de départ dans les divers organes contenus dans l'abdomen.

Chez nous, grâce aux notions répandues dans l'enseignement clinique par le professeur Valladão et grâce aux travaux publiés par son élève et son successeur, à la chaire de clinique médicale de la Faculté de médecine de Rio-Janeiro, le professeur Torres-Homem, les connaissances de cette affection comme de toutes celles qui se rapportent au cœur sont arrivées à un degré de perfectionnement d'autant plus grand que les professeurs Torres-Homem, Martins Costa et plusieurs autres savent avec beaucoup de précision mettre à exécution tous les moyens modernes d'investigation, tels que : l'auscultation, la percussion et la méthode graphique dont la valeur a été grandement *recommandée* par le professeur Guido-Baccelli dans le diagnostic des anévrysmes de l'aorte. Malgré cela, les erreurs de diagnostic ne sont pas rares principalement lorsque la tumeur anévrysmale ne se montre pas au dehors.

Dans tous les cas, un malade atteint d'un anévrysme de l'aorte est irrévocablement condamné à mourir si par hasard la tumeur ne s'arrête pas dans son développement progressif. La terminaison fatale a lieu, selon Stokes (ouvrage cité p. 629), de trois manières différentes :

1° Mort subite due à la rupture. Le sac s'ouvre dans le péritoine, la plèvre, dans une portion quelconque du tube digestif ou dans le tissu pulmonaire.

2° Formation d'un anévrysme diffus par la rupture du sac dans le tissu cellulaire retro-péritonéol, ou dans la cavité épiploïque. Le malade meurt en vertu de la perte de sang et à une fièvre lente produite par l'irritation.

3° Mort par épuisement ou prostration résultant des douleurs persistantes sans rupture du sac.

Outre la terminaison fatale par la rupture dans la plèvre, les bronches, l'œsophage, les anévrysmes peuvent produire la mort par gangrène pulmonaire (Stokes, déjà cité, p. 590), subitement ou par syncope avec ou sans asphyxie, avec ou sans convulsions indépendamment de la rupture du sac ou de l'hémorrhagie interne.

Ce qu'il y a encore d'important à connaître, c'est que : étant donné un anévrysme de l'aorte on ne peut pas prédire ni dans quel sens la tumeur pourra se développer, ni quelle sera la durée de la vie du malade, ni la tournure que prendront les derniers accidents.

Dans tous les cas jamais les malades ne meurent par embolie, ni par inflammation du sac anévrysmal. Quelques auteurs indiquent quelques-uns de ces accidents comme étant la cause de la terminaison fatale ou de la mort, mais ils ne rapportent pas une seule observation qui puisse démontrer le fait ; nous discuterons cette question en temps et lieu.

Les moyens conseillés contre les anévrysmes de l'aorte peuvent être divisés en moyens médicaux ou internes, et moyens chirurgicaux ou locaux renfermant certaines méthodes de traitement avec quelques procédés. Les moyens médicaux sont représentés : 1° par la phlébotomie ou méthode de Valsalva ; 2° par l'usage interne de certains médicaments comme l'iodure de potassium, la digitale, l'aconite, la vératrine, l'acétate de plomb, l'alun, etc. Les moyens chirurgicaux sont représentés : 1° par la compression directe ou indirecte ; 2° par la ligature périphérique ; 3° par les injections sous-cutanées d'ergotine ; 4° par l'application locale de la glace ; 5° par l'électrisation externe de la tumeur ; 6° par l'électropuncture ou électrolyse ; 7° par l'introduction dans le sac de corps étrangers. Excepté la compression indirecte dans certains anévrysmes de l'aorte abdominale et la ligature par la méthode de Brosdor, toutes les autres méthodes chirurgicales concernant le traitement chirurgical peuvent seulement être appliquées lorsque l'anévrysme fait saillie à l'extérieur.

Nous ne décrirons pas ni ne discourerons la méthode de Valsalva. Elle est reconnue comme un moyen plutôt nuisible qu'utile. Personne actuellement n'oserait l'employer.

Le traitement médical des anévrysmes thoraciques et abdominaux consiste aujourd'hui presque exclusivement dans l'emploi de l'iodure de potassium et dans quelques cas dans la digitale et dans la vératrine.

Nous n'avons pas eu encore l'occasion ni ne connaissons aucun cas d'anévrysme guéri par l'iodure de potassium. Dans un cas rapporté par le professeur Potain et dans d'autres consignés dans les *leçons de clinique thérapeutique* du Dr Dujardin-Beaumetz appartenant à Constantin Paul et à Bucquoy, traités par l'iodure de potassium, on n'a obtenu que quelques améliorations. Barrwell dit que d'après son expérience comme d'après celle de Sir William Gull et de Holmes ils ne sont pas partisans de l'emploi des moyens tant préconisés par le Dr Chuckerbuthy, de Calcutta, qui a observé la consolidation d'un anévrysme chez un malade soumis au traitement de l'iodure de potassium pour une autre maladie dont il était atteint.

Il en est de même de la digitale, de la vératrine, de l'aconite, etc., dont on a fait usage sans retirer aucun avantage ; il en est de même de tous les moyens médicaux qui ne donnent pas un meilleur résultat que le simple repos accompagné d'une diète modérée.

On ne peut employer la compression dans les anévrysmes thoraciques que lorsque ceux-ci se montrent à l'extérieur. Dans ce cas la compression est toujours directe. Broca rapporte le cas d'une femme de 50 ans atteinte d'un anévrysme de la crosse de l'aorte faisant saillie au niveau de l'externum dans lequel il a employé la compression directe et obtenu à la fin de quelques jours une diminution considérable du volume de la tumeur ainsi que des pulsations dont elle était le siège. Il faut dire qu'en même temps que la compression Broca a soumis son malade à un repos absolu et à la diète, et nous savons déjà ce qu'on peut attendre de ces moyens.

Dans un cas du même genre, le professeur Tillaux, en faisant la compression avec les doigts pour montrer aux élèves qui suivaient son service le degré de destruction que l'anévrysme avait produit sur le sternuom, eu l'occasion d'observer chez son malade des accidents très graves, caractérisés par la syncope et après l'hémiplégie et l'aphasie, le malade était mort un mois après à la suite d'une hémorrhagie. Tillaux pensait qu'il s'était fait une embolie, mais la nécropsie démontra qu'il n'y avait pas le moindre caillot dans les artères vertébrales, ni dans les artères cérébrales.

Dans les anévrysmes de l'aorte abdominale, la compression peut être indirecte et il y a des nombreuses observations dans lesquelles ce moyen, si efficace et si avantageux dans les anévrysmes chirurgicaux, a présenté dans les anévrysmes dont je m'occupe de bons résultats.

Les médecins et chirurgiens anglais préconisent, dans ces cas-là, la compression indirecte employée en différentes séances avec un espace de 2 à 5 heures pour chaque séance, le malade étant chloroformisé pendant tout le temps de la compression, et Barrwell dit qu'il n'y a aucun danger que la membrane séro-abdominale et les viscères souffrent une altération quelconque ou se trouvent compromis au point de compression.

Holmes, dans son travail sur les anévrysmes, montre que, dans certains cas d'affection identique, provenant de la crosse de l'aorte, la ligature de la carotide primitive droite ou gauche, isolément, ou simultanément de la carotide et de la sous-claviaire, soit d'un côté soit de l'autre, a donné des résultats favorables fournissant ainsi un secours de plus qui ne doit pas être méprisé.

(*A suivre*).

Distinctions honorifiques. — Par décret, en date du 11 juillet 1892, ont été promus ou nommés dans l'ordre de l *Légion d'honneur* : *Officiers* : M. Lamane, médecin de la maison d'Éducation de la Légion d'honneur ; M. Geoffroy, médecin en chef de la marine. Par décret en date du 14 juillet 1892, M. le Pr Nocard, ancien directeur de l'Ecole d'Alfort, membre de l'Académie de médecine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur. *Chevaliers* : MM. les Drs André, Colle, Cousyn, Debleme, Laurent, Pascalet, Rigubert, Themoin, médecins de la marine. *Officier d'Académie* : M. le Dr Picaud, maire de Nontron, président de la délégation cantonale, est nommé officier d'Académie.

+ 1893 t.18 p.51

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Epidémie cholériforme.

Dans la séance de lundi dernier du Comité d'Hygiène publique de France, M. le Pr Proust a donné lecture d'un second rapport concernant l'épidémie qui sévit dans une partie du département de la Seine et, dans une mesure très restreinte, à Paris. Nous n'avons pas demandé l'impression de ce rapport, comme nous avions demandé l'impression du rapport précédent, craignant que les conseillers de M. le Ministre de l'Intérieur y trouvassent encore des inconvénients. A part quelques cas isolés, disséminés çà et là au Sud et à l'Est, c'est surtout dans les parties Ouest et Nord-Ouest de la banlieue que l'épidémie a sévi. Ainsi que nous l'avons déjà dit, il s'agit là d'une épidémie qui a des caractères spéciaux, entre autres son peu de tendance à s'étendre. Du 6 avril au 24 juillet elle a occasionné 441 décès, ainsi répartis :

Asnières	20	Maison de Nanterre	52
Aubervilliers	85	Neuilly	9
Clichy	13	Puteaux	16
Colombes	12	Saint-Denis	42
Courbevoie	31	Saint-Ouen	36
Levallois	15	Suresnes	12

Comme on le voit, ce sont surtout les communes situées en aval de Paris qui ont été frappées et, particulièrement, celles qui sont en aval de l'égout collecteur d'Asnières. Argenteuil, en Seine-et-Oise, qui est au-dessous, non seulement du grand égout collecteur de Paris, mais aussi du collecteur départemental, a compté 50 décès. Les communes en aval semblent d'autant plus atteintes que l'eau de la Seine, dont elles font usage, est plus polluée. On a remarqué que, de deux communes voisines, Pantin et Aubervilliers, la première, alimentée en eau de Marne, échappe complètement, tandis que l'autre, alimentée en eau de Seine, est frappée.

A Paris, pendant la même période, il y a eu 80 décès attribués aux affections cholériques. L'enquête a montré que dans ce nombre il y a beaucoup de faux cholériques, c'est-à-dire des malades qui ont succombé à des affections intestinales et dans l'intestin desquels on n'a pas découvert le bacille-virgule. Parmi les malades morts à Paris, il en est un certain nombre qui avaient séjourné dans les communes infectées.

L'administration de l'Assistance publique a consacré un hôpital temporaire, installé dans le bastion 36, aux malades atteints d'affections cholériformes. Les admissions de la semaine dernière ont été :

Le 18 juillet	6	Le 22 juillet	3
Le 19 juillet	5	Le 23 juillet	3
Le 20 juillet	4	Le 24 juillet	0
Le 21 juillet	3		

Ces renseignements prouvent que nous avons affaire à une épidémie qui n'a pas jusqu'ici une grande intensité. Si, comme sembleraient l'indiquer les recherches bactériologiques faites notamment par M. Netter, on trouve souvent le bacille-virgule dans les déjections des décédés, ce qui assimilerait le choléra actuel au choléra indien, ce choléra de la banlieue de Paris nous semble différer d'une façon très notable du choléra asiatique : celui-ci envahit tout et vite ; le choléra de la banlieue reste dans la banlieue.

Nous croyons, toutefois, que l'Administration doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assainir toutes les localités envahies, et ne pas offrir un terrain trop bien préparé au choléra d'importation. B.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Les chaires de médecine expérimentale et de thérapeutique sont declarées vacantes

La loi sur l'exercice de la médecine à la Chambre des Députés.

La Chambre des Députés a employé la fin de sa dernière séance à adopter les divers articles de la loi sur l'exercice de la médecine.

Mais cette loi va retourner encore une fois au Sénat, l'article 24 ayant été supprimé et l'article 11 ayant été renvoyé, malgré les observations de M. de Pontbriand, et sur la proposition du rapporteur M. Chevandier, à la commission chargée de l'examen du projet sur l'exercice de la pharmacie. M. de Montéty ayant demandé quelle serait la situation des jeunes gens qui ont pris leurs inscriptions pour l'officiat de santé, le commissaire du gouvernement, M. Brouardel, lui a répondu qu'elles seraient converties en inscriptions de doctorat. M. Letellier, ayant exprimé l'avis que l'Ecole supérieure de médecine d'Alger fût consultée sur l'application de la loi en Algérie, M. Brouardel lui en a donné l'assurance formelle, et l'ensemble du projet a été voté sans scrutin.

Tout fait espérer que le Sénat votera, à la rentrée, le texte telle qu'il lui revient de la Chambre des Députés. Dès lors, notre nouvelle loi pourra être en vigueur l'année prochaine. Si, par hasard, le Sénat n'acceptait pas la rédaction de la Chambre, la loi ne serait certainement pas promulguée cette année.

Mais rien ne fait prévoir qu'il en sera ainsi, et *nous souhaitons personnellement qu'on en finisse au plus vite.* M. B.

Le rôle des Pigeons voyageurs en Hygiène.

Voilà au moins une idée nouvelle : l'emploi des pigeons voyageurs comme wagon de marchandise pour envoi de vaccin dans les villes assiégées ! Un de nos confrères, en effet, a entretenu de ce sujet, au moins curieux, l'Académie de médecine dans sa dernière séance. Plaise aux cieux que son appel soit compris !

Cette innovation a paru étonner quelques-uns de nos collègues de la presse. S'ils connaissaient la rapidité avec laquelle s'avance la locomotive, dans le beau pays qu'habite actuellement l'auteur de cette ingénieuse proposition, ils comprendraient peut-être pourquoi ce médecin n'a pas hésité à proposer ce mode de locomotion aérienne.

C'est d'ailleurs un excellent moyen de conserver au vaccin toute sa pureté : isolé dans les airs, le produit inventé par Jenner ne saurait être contaminé par les innombrables microbes qui pullulent sans doute dans les wagons postaux...

Toutefois, ce qui serait plus urgent que la création d'un corps de pigeons voyageurs pour transport de vaccin avec colonels, capitaines et cantinières, ce serait peut-être une réclamation adressée par l'Académie de médecine au Ministre de l'Intérieur pour engager ce dernier à rappeler à MM. les Préfets quelles réformes il y a à faire au point de vue de l'hygiène dans nos départements de l'Ouest.

Et, pour notre part, nous préférerions qu'on réservât à cette future compagnie de pigeons administratifs des fonctions un peu différentes de celle qu'on propose, mais tout aussi nobles : celle de porter des avis salu-

taires aux populations si déshéritées des bords de l'Océan, depuis la pointe Saint-Mathieu jusqu'à la Bidassoa.

Ils iraient certainement plus vite que les multiples rouages de l'Administration, qui tournent toujours, avec une régularité exemplaire, mais qui font peu avancer la machine.

Dans certains de nos départements, qu'il ne servirait à rien de désigner plus explicitement, tout ce qui concerne l'Hygiène est à faire et on dirait vraiment qu'ils sont situés à d'énormes distances de Paris. Si les Pigeons, qui ne s'attendaient pas sans doute à jouer un rôle en cette affaire, pouvaient contribuer à rapprocher ces départements du centre des lumières, on n'aurait pas en vain cité ces volatiles-facteurs devant l'Académie. M. B.

Les Congrès des mois d'Août et Septembre 1892.

Nous donnons ci-dessous le tableau des différents Congrès qui vont avoir lieu pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre, persuadés qu'un grand nombre de nos lecteurs seront bien aise de trouver ainsi condensés des renseignements dont ils vont avoir besoin chaque jour.

AOUT 1892.

Congrès des médecins aliénistes de langue française : 1er Août, à BLOIS.

Congrès international de Psychologie expérimentale : du 2 au 5 Août, à LONDRES.

Congrès d'Anthropologie criminelle : du 7 au 14 Août, à BRUXELLES.

Congrès de la Société d'Ophtalmologie : du 8 au 10 Août, à HEIDELBERG.

Congrès international d'Anthropologie : du 15 au 20 Août, à MOSCOU.

Congrès international de Zoologie : du 22 au 30 Août, à MOSCOU.

Congrès international de Physiologie : du 28 au 31 Août, à LIÈGE. — (Ecrire pour renseignements à M. le Directeur de l'Institut Physiologique, à Liège).

SEPTEMBRE 1892.

Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie : du 5 au 10 Septembre, à VIENNE.

Congrès médical Pan-américain : du 5 au 8 Septembre, à WASHINGTON.

Congrès contre l'abus des Boissons alcooliques : 8 Septembre, à LA HAYE.

Assemblée des naturalistes et médecins allemands : du 12 au 16 Septembre, à NUREMBERG.

Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique, du 13 au 19 Septembre, à BRUXELLES.

Association française pour l'Avancement des Sciences : du 14 au 21 Septembre, à PAU.

Congrès international des Orientalistes : 23 Septembre, à SÉVILLE.

Intercolonial medical Congress (3e session) : du 26 au 30 septembre, à SYDNEY (Australie). — (Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Terrier, délégué français, 3, rue de Copenhague).

OCTOBRE 1892.

Congrès des Américanistes : du 1er au 6 Octobre, à HUELVA.

Congrès géographique hispano-portugais-américain : Oct., à MADRID.

L'ETAT SANITAIRE A LONDRES. — On mande de Londres que l'épidémie de scarlatine et de typhoïde continue à sévir dans la métropole. Il y avait samedi, il y a quinze jours, 2,392 malades dans les hôpitaux, soit 300 cas de plus que le samedi précédent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 juillet 1892. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. DÉJERINE, en son nom et au nom de M. SOTTAS, présente une observation de *gliome unilatéral de la moelle* avec syringomyélie, mais non centrale, comme c'est la règle. Il s'agit d'un homme de 63 ans qui présentait de l'atrophie musculaire du membre supérieur droit avec dissociation de la sensibilité. Le diagnostic porté fut celui de syringomyélie unilatérale prédominant à la région cervicale, et il fut justifié par l'autopsie. On trouva, en effet, une cavité à parois froncées étendue de la deuxième paire cervicale à la région lombaire et occupant surtout la corne postérieure droite de la moelle.

M. GLEY a fait des *greffes sous-cutanées de pancréas chez le chien* en employant le procédé de M. Hédon, qui consiste à attirer et à fixer sous la peau de l'abdomen une partie du pancréas de l'animal en expérience en lui conservant des connexions vasculaires suffisantes pour assurer sa vie. On peut ensuite réséquer la portion abdominale du pancréas et observer les phénomènes consécutifs. Or, dans cette opération, la portion greffée continuant à sécréter, il se forme des kystes glandulaires qui se dilatent progressivement et peuvent compromettre la greffe. On peut éviter très aisément cet inconvénient en drainant la cavité. MM. Gley et Thiroloix ont pu ainsi réussir cette greffe cinq fois de suite.

M. HEDON adresse une note sur la *greffe pancréatique sous-cutanée.* M. Hédon ne pratique pas de fistule et laisse les kystes pancréatiques se résorber. Il en résulte que la greffe fonctionne comme une glande vasculaire sanguine et non comme une glande sécrétante. Si l'on enlève alors la portion du pancréas restée dans l'abdomen, le chien continue à vivre sans glycosurie. Mais, si on enlève alors la greffe cutanée, le sucre apparaît immédiatement dans l'urine et l'animal succombe rapidement. Il n'est pas besoin d'insister sur l'intérêt de ces expériences, qui montrent l'action du pancréas en tant que glande vasculaire sanguine. C'est la suppression de cette fonction qui produit le diabète.

M. PILLIET dépose une note sur une *altération particulière des fibres musculaires cardiaques* observée dans l'empoisonnement expérimental par le sublimé. Les fibres se tuméfient, leurs fibrilles disparaissent et elles présentent une pigmentation marquée, résultant soit de l'altération des globules rouges du voisinage, soit de la destruction de l'hémoglobine propre de la fibre.

M. MAGNAN présente un *dégénéré avec stigmates physiques* très nombreux, asymétrie faciale, déviation des membres, syndactylie, malformation de la mâchoire, etc. Il fait remarquer, à ce propos, que les altérations intellectuelles sont peu marquées dans ce cas, et qu'il existe, en général, une sorte de balance entre les altérations physiques et les troubles mentaux chez les dégénérés.

M. GLEY fait deux communications, la première *relative à l'action de l'anagyrine* sur la circulation. Cet alcaloïde, extrait de l'Anagyris fœtida, élève la tension artérielle, que la moelle soit intacte ou sectionnée. Il paraît donc agir sur les ganglions nerveux périphériques ; la seconde a trait à l'électrisation du cœur chez les chiens nouveau-nés. Cette électrisation provoque des trémulations comme chez l'adulte, mais elle n'empêche pas les contractions rythmiques de reparaître.

M. CHAUVEAU lit une note de MM. MORAT et DOYON sur l'*antagonisme de l'atropine et de la pilocarpine.*

M. SOULIÉ adresse une note sur l'*utilité de la recherche des hématozoaires du paludisme* pour éclairer le diagnostic clinique.

M. BOSC envoie une série de recherches sur la *formule urinaire de l'attaque d'hystérie comparée à celle de l'attaque d'épilepsie.* A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juillet 1892. — Présidence de M. Regnault.

M. Polaillon rapporte une observation d'*ovariotomie double chez une femme enceinte avec continuation de la grossesse, et accouchement à terme d'un enfant vivant.* Il s'agit d'une femme enceinte de trois mois à laquelle on enleva les deux ovaires atteints de dégénérescence kystique. La continuation de la grossesse dans ces conditions est très rare, à cause de la suppression des vaisseaux nourriciers de l'utérus qui sont pincés dans le pédicule des ovaires. La circulation dans ce cas s'est rétablie par les artères et veines du segment inférieur de l'utérus. Du côté gauche l'extirpation fut simple. A droite le décollement des adhérences donna une hemorrhagie en nappe qui donna beaucoup de sang. Les suites furent excellentes. Aujourd'hui, la cicatrice abdominale est solide et n'a subi aucune distension par suite de la grossesse.

M. Péan s'étonne de l'abondance de l'hémorrhagie. Il suffisait de ne sectionner les adhérences qu'après avoir placé deux pinces.

M. Polaillon répond qu'il s'agissait d'une hémorrhagie en nappe pour laquelle le pincement eût été insuffisant, et qui a du reste été enrayée par des éponges phéniquées.

M. Blache lit une note sur les *résultats de l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine en* 1890. Sur 4,082 nourrissons, il y a eu 380 décès, soit 7,91 0/0, en diminution de 0,27 0/0 sur 1889. Sur 3 enfants décédés, 2 étaient élevés au biberon, 1 au sein. La moitié des nourrissons décédés avait de 1 jour à 5 mois.

M. Hervieux lit un rapport sur un travail de M. le docteur *Strœbel*, médecin-major à Fontenay-le-Comte, sur le *transport des tubes de vaccin au moyen de pigeons voyageurs.* Cet ingénieux procédé pourrait être utilisé facilement en cas de guerre, grâce aux nombreux colombiers civils et militaires qui existent aujourd'hui.

Election *d'un correspondant national.* — Sur 69 votants, obtiennent : M. *Laënnec* (de Nantes), 35 voix (*élu*) ; M. Liétard (de Plombières), 31 ; 3 bulletins blancs.

Election *de deux correspondants étrangers.* — 1re élection. — Sur 56 votants, obtiennent : M. *V. Babès* (de Bucharest), 46 voix (*élu*) ; M. D'Espine (de Genève), 9 ; 1 bulletin blanc.

2e *élection.* — Sur 48 votants, obtiennent : M. *D'Espine*, 47 voix (*élu*) ; Hlava (de Prague), 1 voix. P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juillet. — Présidence de M. Desnos.

M. Netter, à propos du procès-verbal, lit une note sur le *choléra.* Dans ma communication faite à la dernière séance (1), j'ai dit que dans tous les cas contractés à Paris observés par moi j'ai trouvé d'autres microbes que le bacille-virgule, et que ces cas ne pouvaient être qualifiés de choléra vrai. J'ai depuis observé 5 cas nouveaux. Je n'ai pas nié la possibilité de cas nés à Paris, mais j'ai dit que ces faits étaient très rares, et qu'avant de les admettre il fallait faire une enquête, comme celle que j'ai faite pour un cas semblant contracté à Paris, et dans lequel la contagion s'était faite à Aubervilliers. J'ai soumis aux mêmes investigations 2 cas semblables, où on avait trouvé incontestablement du bacille-virgule, l'un observé par M. Léon (service de M. Peter), l'autre par Renon (service de M. Dieulafoy). Le malade de M. Peter est un chauffeur qui n'a pas quitté Paris ; il buvait de l'eau de Seine prise à Grenelle, point où cette eau n'est pas encore contaminée. Mais avant d'être malade il a mangé d'une salade de provenance inconnue, probablement venant de la banlieue ; de plus, il a pu être en contact avec d'autres ouvriers de la fabrique, dont 4 venaient de foyers cholériques de la banlieue. On peut donc être en droit de dire que le malade n'a pas nécessairement contracté son affection à Paris. Le malade de M. Dieulafoy avait déclaré n'avoir pas quitté Paris, rue Simon-le-Franc ; d'après nos recherches, il y est resté du 17 au 24 avril et ce n'est pas là qu'il a pu contracter sa maladie, dont le début remonte au 28 mai. J'ai observé dernièrement 2 malades du service de M. Gaillard, qui soigne les cholériques au bastion 36. L'un d'eux, tuberculeux, a contracté le choléra au bastion où il est soigné depuis un mois ; l'autre avait été prise en soignant son mari, lequel avait contracté sa maladie à Aubervilliers. L'existence du choléra vrai n'est donc pas démontrée à Paris. Le bacille-virgule n'existe que dans les conduites d'eau destinées à l'alimentation des communes sises en aval de Paris. Il n'en existe pas dans les conduites d'eau de Paris, même dans les quartiers où on a donné de l'eau de Seine.

M. Faisans lit une communication sur la *spléno-pneumonie, maladie de Grancher.* Cette affection est à peu près admise par tout le monde ; on pense qu'il s'agit d'une maladie autonome ou plutôt d'une forme clinique de la pneumonie. Ce qui lui donne ses caractères propres, c'est que les signes de cette maladie ne diffèrent pas de ceux fournis par un épanchement pleural de moyen volume. La maladie de Grancher présente, de plus, constamment un certain nombre de signes de début et un ensemble de troubles fonctionnels qui prennent une signification importante et impliquent l'existence d'une affection aiguë des organes intra-thoraciques. Les états infectieux qui engendrent la pneumonie doivent vraisemblablement pouvoir être la cause de la spléno-pneumonie. Je pense que la grippe est une des maladies générales pouvant le plus facilement donner naissance à cette affection, car dans les trois dernières épidémies j'ai pu en observer 15 cas (M. Faisans rapporte l'observation d'un cas de spléno-pneumonie grippale, au cours de laquelle s'est produit un épanchement pleurétique, purulent et enkysté, survenu entre le 15e et le 20e jour de la maladie, et guéri par une seule ponction et une injection de sublimé). On peut tirer de ce fait les conclusions suivantes : 1° La spléno-pneumonie ou maladie de Grancher peut être, et est je crois souvent, une manifestation de la grippe. 2° Les signes objectifs de cette maladie, loin d'être immuables, varient souvent d'un jour à l'autre, au moins dans sa forme grippale. Cette imitabilité du syndrome physique peut devenir un élément important du diagnostic différentiel avec la pleurésie. 3° La spléno-pneumonie peut, comme la pneumonie, donner naissance à la pleurésie purulente, et c'est une raison de plus pour considérer cette maladie comme une forme clinique de la pneumonie classique. Dans le cas actuel, la pleurésie purulente méta-spléno-pneumonique était une pleurésie à streptocoques. 4° Malgré l'identité des signes physiques fournis d'une part par la spléno-pneumonie, d'autre part par la pleurésie concomitante, il est possible de faire le diagnostic de cette dernière en tenant compte de l'état général du malade, et en s'appuyant sur le degré de dilatation du thorax et sur le déplacement du foie (pour le côté droit). 5° La pleurésie purulente, même à streptocoques, peut être guérie dans certaines circonstances par une seule ponction suivie d'injections de sublimé.

M. Chantemesse. — La spléno-pneumonie, telle qu'elle a été décrite par Grancher, constitue une affection spéciale, bien caractérisée, mais elle n'est pas la seule des maladies pulmonaires pouvant simuler la pleurésie. J'ai observé dernièrement dans mon service une femme âgée, atteinte d'anthracose pulmonaire, qui avait eu dans les derniers temps des poussées de bronchite. Dans une de ces poussées, l'auscultation révélait seulement une diminution du murmure vésiculaire en un point, puis un jour est apparu au même endroit un souffle pleurétique caractéristique. Je fis une ponction exploratrice qui fut négative. Le lendemain le souffle avait disparu ; quelques jours après il reparut pour cesser de nouveau. On aurait pu penser dans ce cas à la maladie de Grancher, mais l'évolution de cette affection manquait chez notre malade. Celle-ci mourut quelques jours après, et on trouva seulement de l'anthracose et de l'atélectasie.

M. Faisans. — Je crois aussi qu'un certain nombre de lésions pulmonaires peuvent donner des signes pseudo-pleurétiques, mais la maladie de Grancher n'en reste pas moins une entité spéciale. C'est une sorte de pneumonie ; l'anatomie pathologique en est encore inconnue, puisqu'il n'y a pas encore eu d'autopsie. Mon malade a eu une pleurésie purulente que j'ai traitée par les injections de sublimé . les signes d'épanche-

(1) Voir *Progrès médical* du 23 juillet 1892.

ment ayant réapparu, j'ai pensé que le liquide s'était reproduit. J'ai, sans ponctionner au préalable, pratiqué l'empyème, je ne trouvai aucun liquide. En cherchant à travers le poumon spléno-pneumonisé une collection purulente qui n'existait pas, je pus constater que les parties du poumon malade avaient la consistance de la rate. Pendant l'opération il s'écoula beaucoup de sang ; le malade a parfaitement guéri.

M. GALLIARD. — On peut retenir, de l'intervention de M. Faisans, les bons effets de la dilacération du poumon, de la saignée locale et l'employer dans les cas de ce genre. Les ponctions exploratrices pourraient donc être favorables.

M. LE GENDRE communique, en son nom et au nom de M. BEAUSSENAT, une observation d'*infection staphylococcique (otite, méningite et arthrite suppurée, broncho-pneumonie)*. M. Chauvel a communiqué à la Société de Chirurgie, dans la séance du 29 juin dernier, des observations de septicopyohémie dans le cours de l'otite moyenne suppurée. MM. Reclus, Quénu et Reynier ont signalé des faits du même genre. On peut, d'après ces travaux, admettre des catégories d'accidents graves pouvant compliquer l'otite suppurée. Tantôt il s'agit d'anciennes suppurations de l'oreille engendrant, au bout d'un temps fort long, des accidents du côté de l'encéphale (phlébite des sinus, méningite, abcès du cerveau). Tantôt, presque aussitôt après le début de la suppuration auriculaire, apparaissent des phénomènes de septicémie généralisés. Dans le cas suivant, la marche a été si rapide, si envahissante, qu'on peut se demander si l'infection générale ne s'est pas produite d'emblée et si les localisations successives de cette infection primitive n'ont pas été des déterminations de l'infection primitive dont l'agent unique a été le staphylocoque.

Il s'agit d'un infirmier de 47 ans qui fut pris, en bonne santé, d'une céphalalgie hémicranienne violente. Le lendemain, il existait, de plus, une douleur intense dans l'oreille droite. Le surlendemain cette douleur cédait, pendant qu'un écoulement de pus se faisait jour par le conduit auditif externe. La céphalalgie continua et le malade commença à délirer. Les urines ont été albumineuses dès le début. Le quatrième jour, la température atteignait 40°,2, il y a eu une épistaxis, des selles liquides; la langue était blanche, sèche. Les signes prédominants ont été ceux d'une méningite et d'une broncho-pneumonie. Le sixième jour apparut une douleur du genou droit, le gonflement apparut le lendemain. Le huitième jour, on retira de cette articulation, par la ponction, un pus jaunâtre, granuleux. La mort survint le neuvième jour. A l'autopsie, on trouva de la congestion des poumons, un foie et une rate de maladie infectieuse, des reins scléreux, une méningite suppurée localisée surtout à la base de l'encéphale et des lésions articulaires du genou.

M. NETTER. — J'ai publié, avec M. Raymond, une observation d'otite suppurée où l'infection est survenue si rapidement qu'il n'eût pas été possible d'intervenir. Avec M. Beclère, j'ai vu, chez un enfant, une double otite suppurée s'accompagner d'infection générale et d'arthrite suppurée. L'incision de la collection fut suivie de guérison. L'otite avait succédé à une angine. Le pus de l'articulation contenait des streptocoques. J'ai donné dans ce cas de l'acide salicylique, comme désinfectant général.

M. SEVESTRE. — L'acide salicylique est plus antithermique que le salicylate de soude. Chez les enfants il agit bien dans la fièvre typhoïde. On peut le donner à la dose de 1 gramme à 1 gr. 50, sans danger.

M. DELPEUCH lit une observation de *pyélo-néphrite primitive due au staphylocoque doré*. Un garçon de 17 ans fut pris, tout d'un coup, de fièvre et de douleur lombaire du côté droit, il rendit des urines purulentes. Ces symptômes disparurent brusquement après 15 jours de durée. Pendant la convalescence, on retrouva plusieurs fois un peu d'albumine. Les examens des urines faits par M. Netter dénotèrent la présence du staphylocoque doré ; les inoculations prouvèrent que la tuberculose n'était pas en jeu. On a eu affaire, dans ce cas, à une maladie infectieuse, sans cause connue, caractérisée par : une douleur lombaire unilatérale, une fièvre rémittente de 38°-39°, une polyurie notable surtout pendant les premiers jours (3 litres) et par du pus dans l'urine. Les signes généraux ont été nuls ; le traitement a consisté dans l'administration du régime lacté et la prescription du sulfate de quinine. L'affection a sans doute été bénigne, parce qu'un seul rein a été touché. Cette maladie peut agir à l'avenir sur le rein et devenir la cause d'albuminuries dont on pourrait ignorer l'origine.

A. RAOULT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 juillet 1892. — PRÉSIDENCE DE M. PÉRIER.

Suite de la discussion sur les phlegmons du cou.

M. MAGITOT rappelle les travaux qui ont été faits sur cette question et communiqués à la Société de Chirurgie par lui-même et différents auteurs. Il mentionne, en outre de ces mémoires, les notes de MM. Galippe, etc., et une récente thèse inspirée par la discussion en cours. Dans sa communication, il ne veut s'occuper que des *phlegmons du cou d'origine manifestement dentaire*. — On a accusé la carie dentaire et en particulier la carie des racines (maladie qui n'a jamais existé), ou encore la dent de sagesse, de causer la plupart de ces phlegmons et on a dit que l'angine de Ludwig reconnaissait généralement pour point de départ une de ces affections. Pourtant il ne faut pas oublier que, dans bien des cas d'inflammations sus-hyoïdiennes, on a trouvé les dents indemnes. Mais cela tenait à ce qu'il y avait cependant une lésion, restée inaperçue : l'*arthrite alvéolaire*, c'est-à-dire ce qu'on appelait autrefois la périostite alvéolo-dentaire. C'est pourtant cette maladie qui, à son avis, cause la plupart des phlegmons du cou. Le tableau ci-dessous résume très nettement la marche et l'évolution des lésions secondaires à cette arthrite alvéolaire septique ou aux accidents de la dent de sagesse.

Phlegmons sus-hyoïdiens d'origine dentaire.

			INTERVENTIONS
ARTHRITE ALVÉOLAIRE SEPTIQUE.	*Simple. Mono-articulaire.*	Phlegmon diffus Phlegmon du plancher de la bouche. Phlébite des sinus. Nécrose { partielle. totale. Nécrose phosphorée. Angine de Ludwig (*).	Immédiate au lieu de début. Négliger cause. Traitement symptomatique.
		Phlegmon circonscrit. Abcès. Fistules { cutanées. muqueuses. mentonnières. Kystes dits périostiques. Abcès et catarrhe du sinus.	Ablation de la cause initiale Ouverture du foyer. Drainage métallique. Antisepsie Résection du sommet radiculaire. Greffe.
		Phlegmon simple œdémateux. (Fluxion dentaire).	
	Polyarticulaire.	suppurée. déformante. fongueuse.	
ACCIDENTS DE LA DENT DE SAGESSE.	*muqueux*	gingivo-stomatite { simple. ulcéreuse. fongueuse.	
	osseux	{ ostéites nécroses phlegmons } des régions { mastoïdienne. cervicale. sus-hyoïdienne. du plancher de la bouche	
	nerveux ou *névralgiques.*		

M. REYNIER cite trois cas de phlegmons sus-hyoidiens correspondant au type décrit par Ludwig :

1° Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade de 55 ans qu'il vit en 1883 et qui présentait tous les symptômes d'un phlegmon sub-lingual : gonflement dur et ligneux de la région sous-maxillaire descendant du coté gauche jusqu'à la clavicule ; salivation fétide, plancher buccal fortement soulevé par une tumeur ressemblant à une grenouillette ; bourrelet gingival de Ludwig ; asphyxie, dysphagie ; impossibilité d'écarter les machoires. M. Reynier incisa largement le phlegmon, trouva la glande sous-maxillaire intacte, ne rencontra pas de pus collecté et tomba sur une masse de tissus gangrénés. La malade mourut dans le coma, malgré ce traitement énergique.

2° Le second malade, observé en 1889, était âgé de 47 ans. C'était un alcoolique atteint jadis de glycosurie (60 grammes par litre), mais ne présentant pas d'albuminurie. Il avait souffert pendant longtemps de douleurs névralgiques (névrite des diabétiques). Un jour, après s'être fait arracher deux dents, il eut une hémorrhagie alvéolaire très abondante. Plusieurs jours après, engorgement sous-maxillaire du côté droit et le médecin traitant fait le diagnostic d'adénite. Depuis la veille, haleine infecte, salive sanguinolente ; tuméfaction œdémateuse très intense du plancher buccal ; déglutition difficile, etc. On prescrivit des gargarismes boriqués. Bientôt le cou est déformé d'une façon considérable et le maxillaire est enserré comme par un collier. Il s'agit évidemment d'une infection très grave. Mort au septième jour.

3° Le troisième malade est, au contraire, un homme jeune, de 27 ans, surmené par des marches forcées. Il présenta les mêmes accidents que les deux précédents. On fit des incisions larges, mais on ne trouva qu'une nappe de tissus gangrénés, que des muscles en bouillie remplis de gaz et de sanie. Il s'agissait là, évidemment, d'une sorte de lymphangite gangréneuse. Ce malade mourut le neuvième jour avec du délire.

M. Reynier rejette complètement la dénomination d'angine de Ludwig, qui prête à confusion. Il est bien évident que ces phlegmons de la base de la langue s'accompagnent de symptômes spéciaux : asphyxie, dysphagie, soulèvement buccal, œdème des replis aryténo-épiglottiques ; mais les mêmes symptômes s'observent dans les phlegmons profonds du cou. Il est évident que c'est là une affection éminemment infectieuse, dont l'origine est l'intérieur de la cavité buccale, mais dont le point de départ précis peut être multiple : lésion dentaire, plaie de la langue, affection de l'amygdale, etc. Quoi qu'il en soit, l'élément septique qui produit cette variété d'angine est aujourd'hui totalement inconnu. Tout ce qu'on peut dire, c'est que les jeunes gens et les enfants qui en sont atteints guérissent généralement, tandis que les vieillards et les surmenés, les alcooliques, etc., en meurent d'ordinaire.

M. Verneuil n'admet pas la synonymie des mots arthrite alvéolaire et périostite alvéolo-dentaire. Pour lui, il n'y a pas d'articulation au niveau de l'alvéole.

M. Magitot répond qu'il y a une véritable articulation en ce point, quoi qu'en pense M. Verneuil. L'anatomie comparée le démontre élégamment.

M. Verneuil ajoute que M. Magitot a trop rétréci la question. A côté des lésions dentaires, dont il a rappelé plus haut la classification, il faut placer celles du pharynx, celles de l'amygdale, celles du système osseux, comme causes possibles de phlegmons sushyoïdiens. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'on a décrit, il y a déjà longtemps, une septicémie aiguë consécutive aux fractures des maxillaires, accompagnée de terribles phlegmons. L'influence du terrain est, en effet, considérable, comme le dit M. Reynier. Quand le malade se défend, le phlegmon est bénin ; mais il devient malin si le sujet a une mauvaise constitution. Il faut dire, toutefois, que cela est connu depuis fort longtemps. Il répète que le vibrion septique, les spirilles et les staphylocoques dorés sont les agents habituels de cette septicémie.

M. Nélaton demande à M. Magitot quelle est son opinion sur la question suivante : Peut-il se développer des accidents septiques dans la région sus-hyoïdienne sans érosion de la muqueuse gingivale, sans porte d'entrée buccale? Autrement dit la dent de sagesse peut-elle occasionner des lésions graves par elle-même ?

M. Magitot est très à l'aise pour répondre. Il n'admet que la théorie septique et n'accorde aucune créance à la théorie mécanique. Il faut toujours une porte d'entrée qui amène dans tous les cas une arthrite alvéolaire primitive.

M. le Secrétaire général lit un travail de M. le Dr Fontan (de Toulon) sur le *traitement des abcès du foie par le curetage et la stérilité microbienne de ces abcès*. Dans plusieurs cas, il a trouvé des staphylocoques pyogènes dans le pus de ces abcès; mais, chose à noter, jamais on n'a pu cultiver ces microbes. Il pense que les abcès du foie sont causés par des micro-organismes qui meurent assez rapidement. On a trop insisté sur la stérilité des abcès du foie et il ne faut pas s'y fier. M. Fontan fait ensuite ressortir les avantages du curetage dans cette affection.

M. Peyrot a simplement rapporté un cas d'abcès du foie dans lequel les microbes manquaient. Il a pas voulu tirer de ce fait une loi générale.

M. G. Sée. — Les abcès du foie peuvent parfaitement ne pas être microbiens. Ne sait-on pas qu'il y a des abcès sans microbes ?

M. Bouilly présente un petit malade chez lequel il a pratiqué l'ouverture d'un *kyste hydatique du poumon*. Il a fait dans ce cas une véritable *pneumotomie*.

M. Monod cite un cas très intéressant de *pneumotomie pour gangrène pulmonaire*.

M. Tuffier présente un malade chez lequel il a *extirpé un kyste chyleux du mésentère*. Récemment il a pratiqué une autre opération identique.

M. Jalaguier montre une malade qui a subi une *ostéotomie sous-trochantérienne pour une attitude vicieuse due à une luxation obturatrice* consécutive à une coxalgie.

M. Jalaguier présente, au nom de M. G. Marchant, un petit malade chez lequel on a *réséqué l'appendice iléo-cæcal*.

M. Berger présente un nouveau modèle de *pelote contentive pour hernies volumineuses*.

M. Schwartz montre des pièces provenant d'un cas de *gastroentérostomie* suivie de mort. Il défend la gastroentérostomie antérieure.

M. Reynier présente un *polype muqueux du col de l'utérus*.

M. Pozzi dépose sur le Bureau un mémoire qui sera imprimé dans les *Bulletins*.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 27 juillet 1892. — Présidence de M. Labbé.

M. Bardet lit, au nom de M. Moncorvo (de Rio-Janeiro), une communication sur le traitement *de la tuberculose par la méthode sclérogène de M. le Pr Lannelongue*. Il s'agit d'une enfant présentant des antécédents héréditaires de tuberculose, des stigmates de scrofule et de rachitisme. Elle était porteur d'une masse ganglionnaire située dans la région sous-maxillaire gauche; il y avait en même temps des signes de tuberculose des deux sommets et des ganglions du médiastin. Après avoir essayé divers traitements, qui n'agirent pas sur la tumeur sous-maxillaire, M. Moncorvo fit dans cette masse des injections d'une solution de chlorure de zinc à 1/40, puis à 1/20. Le gonflement diminua rapidement et disparut complètement.

M. Blondel lit une communication sur le *vomissement provoqué et sur l'action anti-vomitive du menthol*. Le phénomène du vomissement est très complexe par lui-même, et il est très difficile de savoir par quel moyen le menthol empêche le vomissement. Au début du vomissement, il y aurait dans certains cas une excitation de l'estomac, dont le réflexe serait porté au bulbe et entraînerait le vomissement. D'autres fois, celui-ci peut être produit par un spasme diaphragmatique agissant sur l'estomac par suite d'un réflexe extérieur. L'ipéca produit une nausée réflexe par action irritative sur l'estomac. Les anti-émétiques sont tous des stimulants de l'estomac, comme l'acide carbonique et le menthol. L'explication de ces faits, en apparence contradictoires, est assez difficile. Sur les autres muqueuses, l'acide carbonique est un irritant. Il est probable que, pour que le vomissement ait lieu, il faut que les fibres musculaires du cardia soient à l'état de relâchement et que les anti-vomitifs agissent ou exercent une action stimulante sur la fibre musculaire de cette région. En résumé, le vomissement est dû toujours à un spasme diaphragmatique, spontané ou réflexe. Les médicaments anti-vomitifs contractent les fibres du cardia et empêchent l'expulsion du contenu stomacal. Le menthol arrête nettement les vomissements provoqués par l'ipéca ; et j'ai pu, par ce moyen, empêcher les vomissements dans le traitement par l'ipéca de la pneumonie et de la dysentérie.

M. Catillon. — Le menthol a été employé jusqu'ici comme calmant local ; on l'emploie dans les affections nasales et laryngiennes comme anesthésique.

M. Guelpa. — J'ai vu donner le menthol dans les affections laryngées, non comme calmant, mais comme caustique, car M. Gougenheim fait précéder ses injections de menthol dans le larynx de vaporisations de cocaïne.

M. C. Paul. — Le menthol calme-t-il les vomissements incoercibles comme chez les femmes enceintes et les tuberculeux?

M. Blondel. — J'ai voulu montrer qu'il existait deux sortes de causes de vomissements : une naissant dans l'estomac, l'autre en dehors de l'estomac.

M. C. Paul. — Nul ne sait où est l'origine du réflexe du vomissement. Je voudrais avoir des renseignements au point de vue clinique. Quand on respire des vapeurs de menthol, on éprouve une sensation de fraîcheur dans la trachée et les grosses bronches; je ne crois pas que le menthol soit anesthésique. Chez les tuberculeux j'ai essayé le menthol pour empêcher le vomissement, qui est ordinairement entraîné par la toux, je n'ai pas réussi.

M. Guelpa lit une communication intitulée : *Quelques réflexions sur 42 cas de diphtérie.* Ces cas contiennent 32 cas d'angine et 10 de croup. Dans 11 formes graves, j'ai eu 3 morts. Dans tous les cas, le traitement a consisté en lavages avec une solution de perchlorure de fer. Sur 10 cas de croup, j'ai fait 5 fois la trachéotomie, 2 sont morts. Ma statistique comporte 5 morts sur 42 cas. La mortalité est donc à peu près nulle quand on peut agir dès le début.

M. Dujardin-Beaumetz. — A propos du procès-verbal touchant les eaux potables, ce qui nous inquiète le plus au Conseil d'hygiène, c'est la nature des eaux avec lesquelles on fait l'*eau de Seltz*. Nous avons demandé que l'inspection soit faite avec soin, afin d'être certain que l'eau employée est pure, filtrée. De plus, actuellement, on ne se sert plus pour la fabrication de l'eau de Seltz que d'acide carbonique solide. Enfin, nous avons des siphons dans lesquels l'eau n'est pas en contact avec l'armature en plomb du récipient. A mesure que l'eau de Seltz est vieille, si elle contient des microbes, on voit le nombre de ceux-ci diminuer en présence de l'acide carbonique. Or, c'est l'inverse, quand on se sert de l'eau ordinaire.

M. Bardet. — Dans la plupart des établissements d'eau minérale contenant de l'acide carbonique, on utilise cet acide qui sort de l'eau, on le capte et, avec lui, on fait de l'eau de Seltz. Il en est ainsi à Sail-sous-Couzan. Il paraît même que, dans les restaurants, on falsifie les eaux de table.

M. Dujardin-Beaumetz. — Il existe un grand nombre d'eaux minérales qui sont ensuite chargées d'acide carbonique, telles sont les eaux d'Apollinaris et les eaux de Chantilly. L'Académie a eu tort d'autoriser ces eaux et de leur laisser prendre le titre d'eaux minérales naturelles.

M. Créquy. — Dans la compagnie du gaz, on ne donne plus actuellement aux ouvriers que de l'eau portée sous pression à 120°. Mais, dans les chaudières, l'eau se charge de matières organiques, il est nécessaire de filtrer ensuite. Faudrait-il employer nos filtres ordinaires ou un filtre spécial.

M. Dujardin-Beaumetz. — A la maison de Nanterre, où il y a 4,000 habitants, on n'a pas pu, à la pharmacie de la maison, faire de l'eau stérilisée. On a utilisé la chaudière qui sert au fonctionnement d'une pompe élévatoire, et on a pu stériliser de l'eau en quantité suffisante, en l'aérant par des jets de vapeur. Nous filtrons l'eau ensuite par le filtre Pasteur. On emploie, en ce moment, à Saint-Ouen, le filtre Malbec, formé d'une série de baquets superposés, contenant du sable ; l'eau tombe goutte à goutte de l'un dans l'autre jusqu'au 6e baquet où elle est complètement filtrée.

M. Bardet. — Pour obtenir de grandes quantités d'eau, il faut employer les bougies Chamberland avec le nettoyeur André.

M. Crinon. — Après la stérilisation de l'eau par ébullition, il reste encore des gaz : air et acide carbonique.

M. Dujardin-Beaumetz. — J'ai reçu d'un médecin de Senlis l'idée de faire une limonade lactique chargée d'acide carbonique. Au Comité d'hygiène, nous avons préféré aux filtres l'eau bouillie. Si le filtre est imparfait, ou si le meilleur filtre présente des fissures, on procure aux individus une fausse sécurité qui est un danger bien plus grand encore que celui qu'apporte l'eau de Seine. A. Raoult.

Médecins des lycées. — M. le Dr Tussan est nommé médecin adjoint du lycée de Macon, en remplacement de M. le Dr Leriche.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 27 juillet 1892. — Présidence de M. Carnot.

M. Mangenot présente un *banc scolaire* pouvant recevoir différentes inclinaisons.

Situation de la banlieue de Paris au point de vue de l'eau potable.

M. Martin lit les conclusions formulées par le 2e comité.

M. Petit regrette que la Société n'ait pas émis le vœu de mettre la Compagnie des eaux en demeure de changer de place ses prises d'eau. Autrefois la prise d'eau donnée aux communes de Sèvres était à Choisy ; la Compagnie prend son eau à Sèvres et fournit ainsi une eau polluée.

M. Le Roy Desbarres. — Ces questions intéressent particulièrement la banlieue nord-ouest de Paris: il serait urgent de fermer certaines usines en aval, celle de Saint-Denis et celle d'Epinay; ces usines ne distribuent de l'eau de Seine, prétendent-elles, qu'aux industriels. Mais le mélange d'eau dans les tuyaux constitue un grand danger, ce que l'on voit très nettement à Saint-Denis; Saint-Denis a 50.000 habitants (10.000 dans la plaine et 40.000 dans le centre de la ville). La morbidité et la mortalité par fièvre typhoïde répondent à la canalisation. Le centre, en effet, ne boit que de l'eau artésienne et n'est pas frappé par la fièvre typhoïde ou par la diarrhée cholériforme : sur 63 malades entrés à l'hôpital, 41 venaient de la plaine et 22 de la ville ; et encore parmi ceux-ci la plupart travaillaient dans la journée dans la plaine et buvaient de l'eau contaminée. On est donc en droit, devant ces chiffres, d'incriminer l'eau donnée par l'usine de Saint-Denis et par celle d'Epinay : ces deux usines compromettent non seulement la santé des habitants de Saint-Denis, mais secondairement celle des Parisiens.

M. Hellet. — Les mêmes faits ont été observés à Clichy. Il y a urgence à fermer ces usines.

M. Bechmann. — Je suis également de cet avis.

La Société, sur la proposition de M. Martin, émet le vœu que les prises d'eau de Sèvres et de Suresnes soient déplacées, et que celles de Saint-Denis et d'Epinay soient supprimées.

M. Schneider. — *La stérilisation de l'eau par la chaleur.* Cette année, au moment de la revue du 14 juillet, l'autorité militaire a cru devoir prendre quelques précautions hygiéniques : elle a fait disposer dans le champ de courses des récipients d'eau stérilisée ou filtrée, 12.000 litres devaient être fournis par les appareils Geneste et 8.000 litres par les appareils Chamberland ; de plus, le service de santé avait commandé 2.000 kilog. de glace. La troupe usa 15.000 litres d'eau. Le reste fut donné aux civils. Les troupes n'ont pas été malades, malgré les fatigues.

M. Ledé. — *Les enfants des nourrices sur lieu.*

M. Deschamps. — *Note sur le vaccin de génisse, pulpe glycérinée de MM. Chambon et S. Yves Ménard.* De ses différentes et nombreuses expériences, l'auteur conclut à ce que cette pulpe peut être utilisée pendant six mois au moins : sur 36 enfants vaccinés, 34 succès ont été observés. Martha.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 7 juillet 1892. — Présidence de M. Salmon.

M. Turquan présente son album de *statistique graphique générale de la France* et fait à ce propos une communication explicative de la plupart des intéressantes planches que contient cet album. Tous les phénomènes de la vie sociale, industrielle, politique, etc., y sont consignés pour des périodes longues en un grand nombre de tableaux synoptiques, parmi lesquels le médecin pourra trouver d'utiles indications comparatives. A citer les tableaux graphiques : sur l'effectif de la famille, l'âge moyen de la population, la population professionnelle, l'âge du mariage, le degré d'instruction, la natalité, la nuptialité et la mortalité générales, le décès par âge, la fécondité des jeunes mariées, la consommation des spiritueux, la fécondité légitime, les naissances naturelles, la proportion des mort-nés, la mortalité du premier âge, etc. Notons, entre autres, que la plus forte proportion de centenaires, depuis

35 ans, se montre autour des Pyrénées, va jusqu'à la Garonne pour disparaître vers le Nord. Le Nord donne le plus fort appoint de naissances naturelles. Sans leur appoint, la population de la France diminuerait de 8 0/0 par an. C'est au bord de la Méditerranée que la diminution est actuellement la plus forte et la population y décroîtrait sans l'immigration. Il appert qu'en France les femmes ont d'autant plus d'enfants qu'elles se marient plus âgées, comme en Bretagne par exemple, où 100 femmes mariées ont 33 enfants, tandis que dans le Midi cette proportion n'est que de 12 à 13. Or, en Bretagne, les femmes se marient beaucoup plus vieilles.

M. Verneau fait une communication complémentaire, résultat d'une mission dont le ministère l'avait chargé pour l'étude des nouvelles *découvertes faites dans les grottes de Menton*. On a découvert, dans la 5e grotte, à 2 mètres de profondeur du sol et au même niveau que celui atteint en 1884, 3 squelettes couchés, l'un à plat sur le dos, les autres sur le côté gauche, la tête tournée vers l'Est. L'un des squelettes est celui d'une femme, jeune, sans dents de sagesse percées, l'autre celui d'un adulte, le 3e celui d'un jeune individu. Chez ce dernier, les membres supérieurs sont repliés vers le ventre. Le squelette de l'adulte portait à la main gauche une grande lame de silex, de 23 centim. de long. sur 5 centim. de large. Au cou un collier de vertèbres de poisson, de coquilles de *Nassa* et de dents de cerf. Sur le thorax, des vertèbres de poisson plus volumineuses et, au-dessus du genou, de chaque côté, une coquille de *Cypcaca*. La femme portait une ornementation à peu près semblable avec une amulette à suspension ornée de stries ; puis encore des dents de cerf travaillés avec des incisions le long de la couronne. La main gauche tenait une grande lame de silex comme l'adulte et un petit instrument spécial à forme très olivaire, strié. Le jeune sujet avait sur la tête des *Nassa neritea* perforées et des vertèbres de petits poissons alternant avec des dents de cerf, avec, au-dessus, des *Nassa neritea*. Le crâne de la femme reposait sur un fémur de bovidé et celui du jeune sur un grattoir. Le crâne de l'adulte rappelle, dans son ensemble, les caractères de l'individu de Cro-Magnon, mais ces crânes sont déformés par la pression des terres. On remarque sur celui de l'adulte le méplat de la courbe de Cro-Magnon très accentué. La face cependant est plus haute et l'indice facial probablement un peu plus élevé, tandis que l'indice céphalique paraît inférieur à celui de Cro-Magnon. Le fémur mesure 55 centim. 1/2, d'où une taille très élevée, qui dépassait probablement 2 mètres. Les os longs sont très robustes. L'extrémité inférieure de l'humérus de l'adulte mesure plus de 65 millim. de largeur. Le tibia est sensiblement aplati. L'usure dentaire est remarquable chez l'adulte et s'accuse même chez les jeunes sujets. Ces individus appartiennent bien à la race de Cro-Magnon, mais quel est l'âge de leurs sépultures ? M. Verneau arrive à la conclusion que les squelettes de Menton ne remontent pas à l'époque quaternaire, mais datent du commencement du néolithique.

M. Hervé fait remarquer que la liste des espèces trouvées en comprend qui vivaient déjà à l'époque du magdalénien.

M. d'Ault-Dumesnil partage l'avis de M. Verneau basé, d'après lui, sur un ensemble de preuves concluantes.

M. Capitan soumet à l'examen plusieurs *poinçons lacustres* entièrement semblables quant à la forme à ceux que M. Rivière a découverts dans les premières *grottes de Menton*.

G. Capus.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 00 juillet 1892. — Présidence de M. Brouardel.

M. le Pr Proust, inspecteur général des services sanitaires, au nom d'une commission composée de MM. Proust, Netter, Ogier et Thoinot, a fourni au comité des renseignements sur l'*épidémie cholériforme de la banlieue de Paris*. L'épidémie, qui avait eu une recrudescence les 15 et 16 juillet, est, en ce moment, en voie de déclin. L'armée et la ville de Paris restent indemnes. Il n'y a donc pas en France de choléra d'importation envahissant. (Voir plus haut, p. 79).

Puis le Comité consultatif a entendu la lecture d'instructions relatives aux mesures prophylactiques à prendre pour empêcher la propagation de la *pneumonie infectieuse*.

Il a ensuite émis un avis favorable sur des *projets d'amenée d'eau* présentées par les communes de Port-Lesney (Jura), Sallies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), Mailley (Haute-Saône) et Mouy (Seine-et-Marne).

CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA SEINE.

Il a été question d'abord, à la dernière séance, de *l'agrandissement du cimetière de la commune de Pré-Saint-Gervais*.

La glace de Paris. Son impureté.

M. Hétier a donné ensuite lecture de son rapport sur l'*insalubrité de l'étang de la Briche*. L'étang de la Briche, situé près de la Seine, à la limite des communes d'Epinay et de Saint-Denis, est une retenue de moulin dont la surface a été considérablement augmentée par la Société des glacières de Paris en vue de la production de la glace. Par mesure d'économie, les parties élargies n'ont été creusées qu'à une très faible profondeur. Cette pièce d'eau est alimentée, par le ru d'Enghien ou d'Ormesson, c'est-à-dire en réalité par les eaux d'égout d'Enghien et de Saint-Gration. Le fond se colmate donc rapidement par le dépôt des matières en suspension dans ces eaux et il est recouvert d'une couche de vase noirâtre essentiellement fermentescible. Lors de notre visite, à la suite d'une période de pluie, les eaux étaient hautes et recouvraient complètement la vase; mais il résulte des déclarations de M. le maire d'Epinay que, pendant la longue sécheresse et les chaleurs excessives des mois de mai et de juin, et du commencement de juillet, les eaux ayant beaucoup baissé, la vase est restée à nu sur une grande surface, exposée aux rayons du soleil. Dans ces conditions, elle n'a pas tardé à fermenter et à exhaler des odeurs fétides qui incommodaient et inquiétaient le voisinage. Il est évident que, par sa faible profondeur et par la nature des eaux qui l'alimentent, cet étang, destiné à fournir de la glace aux Parisiens, est dans les plus mauvaises conditions hygiéniques possibles et constitue un foyer d'infection ; il suffit pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur le liquide d'aspect peu engageant qui le remplit, ou de remuer légèrement avec un bâton les matières qui en recouvrent le fond. Nous ne pensons pas, néanmoins, qu'il y ait lieu, comme le demande M. le maire d'Epinay, de prescrire un curage immédiat. Il serait dangereux, en effet, dans la saison où nous sommes, de procéder à une pareille opération. Mais il importe de prendre les mesures nécessaires pour éviter que les inconvénients signalés cette année se produisent l'année prochaine. En conséquence, nous sommes d'avis qu'il y a lieu de mettre la Société des glacières de Paris en demesure d'exécuter, dans le courant de l'hiver prochain, le curage complet et l'approfondissement de son étang de la Briche, de telle façon que, dans les plus basses eaux, la hauteur de l'eau ne soit, sur aucun point, inférieure à 40 centimètres.

M. Riche approuve pleinement les conclusions du rapport de M. Hétier et rappelle que ce n'est pas la première fois que le conseil s'occupe de la question des glaces employées dans Paris pour les usages domestiques et alimentaires. On vient de voir, une fois de plus, avec quelles eaux malpropres, insalubres, ces glaces peuvent être fabriquées et quels dangers, dès lors, elles peuvent présenter pour la santé publique. Il est donc de toute nécessité que l'administration fasse faire des prélèvements de ces glaces et en fasse faire l'essai soit au laboratoire municipal, soit au laboratoire de toxicologie.

M. Schutzenberger demande que l'exploitation de l'étang de la Briche, pour la fabrication de la glace, soit interdite. A l'unanimité, le conseil a approuvé le rapport de M. Hétier et a adopté les vœux suivants : 1° Interdiction absolue de l'exploitation de la glace provenant de l'étang d'Epinay-Enghien; 2° Organisation d'un service de surveillance et, au besoin, d'analyse des glaces livrées à la consommation. Le Conseil a adhéré aussi à une proposition de M. Chautemps qui demande que la préfecture de police fasse, faire à Paris, chez tous les fabricants d'*eaux de seltz, eaux de table artificielles, carafes frappées*, etc., une minutieuse enquête tant sur la qualité que sur la provenance des eaux employées à ces préparations.

VARIA

L'Epidémie cholériforme de l'Asile d'aliénés de Bonneval.

L'Asile de Bonneval (Eure-et-Loir) est éprouvé par une épidémie cholériforme depuis le 17 juillet. Au début, l'affection se présentait avec des caractères très graves et la mort survenait rapidement, puis bientôt les cas se sont montrés plus bénins, en même temps qu'ils apparaissaient moins nombreux. Aujourd'hui, enfin, l'épidémie est en pleine décroissance et on peut la supposer près de sa fin. Voici le tableau clinique de l'affection pendant les deux ou trois premiers jours de l'épidémie :

Début, en général, brusque ; état syncopal, nausées et vomissements, coliques, douleurs dans les membres, crampes, selles blanchâtres profuses, involontaires. Puis, algidité et teinte cyanosée des extrémités, pouls radial insensible, léger œdème sous-cutané des parties cyanosées. Dès le début, traits grippés, physionomie caractéristique. La mort survenait après 25 à 36 heures de maladie, quelquefois après 12 à 15 heures seulement, une fois après 4 heures et demie.

Bientôt les sujets ne furent plus atteints d'une façon aussi intense, l'affection eut une durée de plusieurs jours avant de se terminer par la guérison ou par la mort.

Voici, depuis le 17 juillet, date du début de l'épidémie, jour par jour, le nombre des cas et celui des décès. Chose à noter, les aliénées femmes seules ont été atteintes ; aucun aliéné homme n'a, jusqu'à présent, été malade. Les conditions hygiéniques, la nourriture, l'eau potable, etc., sont cependant les mêmes pour les deux cas.

A. *Nombre de cas :*

17 juillet	1 cas.	24 juillet	8 cas.
18 —	2 —	25 —	5 —
19 —	5 —	26 —	2 —
20 —	3 —	27 —	2 —
21 —	2 —	28 —	néant.
22 —	6 —	29 —	1 (1)
23 —	4 —	Total.	41 cas.

B. *Nombre des décès :*

18 juillet.	2 décès.	24 juillet.	3 décès.
19 —	néant.	25 —	3 —
20 —	2 décès.	26 —	3 —
21 —	néant.	27 —	1 —
22 —	4 décès.	28 —	1 —
23 —	1 —	Total.	20 décès.

Dès le début, les mesures prophylactiques furent rigoureusement appliquées, et tout d'abord les deux plus importantes d'entre elles, c'est-à-dire l'usage exclusif de l'eau bouillie pour la boisson, la toilette, la cuisine, le lavage des salles, etc. ; pour tout enfin, et l'isolement absolu des malades et des personnes qui les soignent dans un bâtiment spécial, le Pensionnat, situé à 200 mètres de l'asile proprement dit

Le Choléra en Russie et en Asie.

Le choléra semble avoir subi, cette semaine, un certain arrêt dans sa marche envahissante. D'autre part, les décès ne sont pas plus nombreux ; au contraire, on note même une amélioration dans certaines contrées. C'est de bon augure, à cette époque de l'année. Nous avions donc bien raison de faire remarquer, dans notre dernier numéro, que les Espagnols s'étaient un peu trop pressés, puisque aucun cas de choléra n'a encore été signalé ni chez nous, ni même en Allemagne.

La foire de Nijni-Novgorod est ouverte et rien d'extraordinaire n'a encore été signalé.

I. — *Les décès par choléra. Marche de l'épidémie.*

Le Bulletin officiel relève pour le 18 juillet, à Astrakhan, 195 cas de choléra et 132 décès ; à Saratov, 106 cas ; à Tsaritsine, 77 cas ; à Samara, 75 cas et 36 décès ; à Kazan, 6 cas et 2 décès ; à Voronej, 2 cas, et sur la ligne Voronej-Rostov, 2 cas. A Simbirsk, on a compté, du 14 au 17 juillet, 16 cas et 6 décès ; le 17 juillet, à Rostov, 84 cas et 14 décès. A Bakou et dans la vallée du Volga, le choléra diminue. Le 18 juillet, il y a eu 22 cas et 13 décès.

D'après les dernières nouvelles de Nijni-Novgorod, il se confirme que plusieurs cas de choléra y ont été constatés ; mais il s'agit de voyageurs arrivés du dehors.

Le choléra a gagné Iékaterinodar, Nakhitchevang, Syzrane et Viatka. Il a causé 19 décès dans la ville de Viatka. Il n'y a plus eu de décès à Voronej. Dans les autres régions infectées, la mortalité est modérée.

L'émigration des habitants d'Astrakhan, Tsaritsine, Saratov, Samara, Kazan et autres villes du Volga grandit dans des proportions désastreuses. A Tiflis, on n'arrive pas à loger les dizaines de mille hommes qui ont fui de Bakou et dont la majeure partie campe actuellement à ciel ouvert. On évalue à près de cent mille individus le nombre des émigrants de la ville de Bakou et de ses faubourgs.

On mande de Téhéran que le choléra continue à Kuchanet, à Bujnurt. Il a éclaté à Ardebil, il y a quelques jours ; la mortalité dans cette ville s'élève à 40 par jour.

En Perse, il paraît, d'après les statistiques officiellles, que l'épidémie cholérique diminue rapidement. A Meschèd, il n'y a plus que deux décès par jour ; à Téhéran, il n'y en a plus que l'on puisse attribuer au choléra.

II. — *Les désordres dus au choléra en Russie.*

Le gouvernement russe vient de prendre diverses mesures pour prévenir les émeutes et actes d'insubordination qui pourraient se produire à propos du choléra.

Sur le Volga, un grand nombre de mariniers se mettant en grève, le ministre vient d'ordonner que les hommes embauchés qui quitteraient le travail pendant le trajet seront remis, dès l'arrivée à destination du bâtiment, entre les mains de la police. A Ouralsk, le gouverneur a reçu l'ordre de faire intervenir les cosaques dès que l'effervescence que l'on signale parmi les ouvriers du chemin de fer menacerait de se tourner en émeute.

Par crainte de désordres publics que font pressentir les dispositions de la population, on vient d'envoyer un bataillon d'infanterie à Samara. Le peuple s'y montre surtout hostile aux médecins, qui sont positivement terrorisés et dont la plupart auraient déjà quitté la ville, par double peur du choléra et de l'émeute, si l'autorité n'employait son influence à les y retenir. A Samara, une surveillance étroite est désormais établie autour des maisons habitées par les médecins.

Malgré cela, des désordres publics, toujours engendrés par des bruits absurdes qui circulent dans la populace, se sont encore produits dans les différentes localités des bords du Volga, surtout dans la province de Saratov, mais pour le moment sans scènes de violence. Les paysans des villages se contentent de chasser les médecins qui viennent y remplir des missions sanitaires. Il y a eu aussi des actes de mutinerie de la part de voyageurs à bord des bateaux à vapeur du Volga, et la désertion augmente de jour en jour dans le personnel des ouvriers travaillant dans cette même région à la construction ou à la réparation des chemins de fer et autres entreprises.

Ces jours derniers, on signalait de nouveaux désordres motivés par les mesures sanitaires à Srednaia-Akhtouba, localité de la province d'Astrakhan. La foule a saccagé la maison commune et la pharmacie, et massacré l'aide-chirurgien et le pharmacien. Les agents de police et un prêtre ont reçu des horions. L'instigateur des troubles qui ont eu lieu à Astrakhan et à Saratov a été condamné à la déportation.

Mentionnons encore une émeute qui a éclaté à bord d'un vapeur parmi les passagers qui voulaient obliger par violence le capitaine et le mécanicien à débarquer à Saratov. Un décès cholérique s'étant produit à bord, le vapeur ne pouvait aborder qu'à une certaine distance de la ville. Le capitaine fit prévenir aussitôt les autorités, qui envoyèrent un bateau avec des soldats. Ceux-ci durent avoir recours à leurs armes pour amener les passagers à se soumettre.

Enfin les paysans du village de Balakovo (province de Samara) ont démoli l'ambulance des cholériques, mais sans exercer de violences contre les personnes. Des bruits absurdes continuent à circuler dans la plupart des villes atteintes par le choléra, notamment à Rostov-sur-le-Don, à Samara et à Kazan. Les gouverneurs se montrent décidés à poursuivre impitoyablement les propagateurs de fausses nouvelles : plusieurs condamnations à l'emprisonnement ont été prononcées pour ce délit.

III. — *Mesures prises contre le choléra.*

1° *Russie.* — a). *Nord de la Russie.* — Trois fonctionnaires supérieurs du ministère des voies de communications ont reçu des pouvoirs discrétionnaires pour l'organisation des services

(1) Jusqu'à présent, 4 heures de l'après-midi.

sanitaires sur le Volga, de Rybinsk à Nijni-Novgorod, sur le Dnieper et le Dniester.

Grace à l'énergique initiative du nouveau préfet de *Saint-Pétersbourg*, on active beaucoup dans cette ville les mesures sanitaires, le nettoyage des maisons et autres précautions destinées à conjurer l'invasion du choléra.

Les mesures préventives ont été prises avec un soin si minutieux que *Nijni-Novgorod*, entièrement transformée, est devenue une véritable forteresse contre l'épidémie. L'administration gouvernementale a fait évacuer et fermer tous les immeubles insalubres, désinfecter la ville dans ses moindres recoins et distribuer l'eau de l'Oka dans les quartiers les plus populeux. Des baraquements destinés à recevoir provisoirement les malades avant leur transport au lazaret flottant, des remises et écuries pour le service des fourgons d'ambulance ont été construits sur plusieurs points de la ville. Les mesures de protection les plus rigoureuses sont prises sur les deux points les plus menacés, le chemin de fer et le Volga.

Sur le *Volga*, le poste de police est installé à l'extrémité sud de la ville, sur la rive opposée ; tout bâtiment montant sur lequel se trouve un malade doit hisser le jour un pavillon jaune, la nuit un feu vert et s'arrêter à cent mètres du poste : les malades seront immédiatement transbordés et dirigés sur le lazaret flottant. Tous les voyageurs sans exception, venant par la voie ferrée ou par l'eau, sont soumis à une visite. Le corps sanitaire spécial, composé de médecins d'étudiants et d'aides-chirurgiens, est définitivement constitué ; du reste, tous les médecins de la ville devront, sous peine de poursuites, donner leurs soins aux malades ; quant aux pharmaciens convaincus d'avoir majoré le prix des désinfectants et des médicaments, ils seront poursuivis par voie administrative. Les sommes dépensées s'élèvent jusqu'à ce jour à 150,000 roubles environ ; elles ont été fournies par le corps des marchands, le zemstvo et le comité de bienfaisance.

b). *Sud de la Russie et Caucase.* — Les négociants de Bakou ont demandé au ministre des finances un moratorium à cause de l'épidémie cholérique. On prévoit des suspensions de paiement à Astrakhan et à Tsaritsine. Les marchandises asiatiques envoyées à la foire de Nijni-Novgorod sont désinfectées à Bakou et à Ouzoun-Ada, sous la surveillance de fonctionnaires de la douane.

c). *Pologne.*— Les gouverneurs généraux de Varsovie, de Kiev, de Volhynie et de Podolie ont reçu de Saint-Pétersbourg l'ordre de prendre les mesures sanitaires dans le plus bref délai, bien qu'aucun cas de maladie n'ait encore été signalé dans ces provinces.

2° *Autriche.* — En Autriche, le ministère de l'intérieur a invité les autorités provinciales de Lemberg et de Czernowitz à interdire aux ouvriers des campagnes, tant que durera l'épidémie de choléra en Russie, de se rendre dans ce pays, de visiter les marchés russes ou de faire des pèlerinages en Russie. On a ordonné également d'interdire l'entrée du pays aux groupes d'Israélites russes qui vont visiter les rabbins de la Galicie et de la Bukovine. La police a prescrit aussi aux logeurs et aux hôteliers de signaler immédiatement l'arrivée des voyageurs venant de Russie. Ils seront soumis pendant cinq jours à des visites médicales. Il sera procédé plus rigoureusement à l'examen des denrées réputées falsifiées ou dangereuses pour la consommation.

3° *Allemagne.* — En raison des progrès du choléra en Russie les autorités de la frontière allemande vont, par mesure de police, interdire très prochainement l'importation par la frontière orientale, ainsi que par les ports de la mer du Nord et de la mer Baltique, des chiffons, des vêtements ayant été portés, des fruits, etc., provenant de Russie.

Le *Moniteur de l'Empire allemand* publie un décret du secrétaire d'Etat à l'office de l'intérieur relatif aux mesures à prendre en vue d'une invasion possible du choléra. Ce décret est le même, dans ses grandes lignes, que celui du 14 juillet 1884 ; les mesures édictées portent notamment que les voyageurs venant de Russie par voie de terre ou de mer seront soumis à une inspection. En outre, l'importation des chiffons est interdite.

4° *Serbie.* — Le gouvernement serbe a réduit de sept à trois jours la quarantaine imposée aux provenances roumaines et a interdit aux provenances russes l'accès des lieux de débarquement serbes sur le Danube ; il a accordé un crédit extraordinaire de 150,000 francs pour la construction et l'aménagement d'un hopital pour les maladies contagieuses et d'un établissement central de désinfection.

Mais le ministre de l'intérieur vient d'étendre à toute la frontière les mesures rigoureuses prises par les préfets de Pirot et de Vrania, en vue d'empêcher l'introduction du choléra. Les voyageurs venant de Bulgarie et de Turquie sont soumis, à la frontière, à une visite médicale attentive ; ceux qui sont soupçonnés être atteints du choléra sont isolés ; les bagages sont désinfectés. Les bruits d'après lesquels des cas de choléra se seraient produits à l'hopital militaire de Belgrade sont démentis officiellement. Des poursuites seront exercées contre les personnes qui répandraient des bruits inexacts et alarmants.

5° *Espagne.* — Le 25 juillet, aucune mesure d'inspection ou de fumigation n'avait encore été pratiquée à la frontière française. On s'est contenté d'envoyer dans quelques postes des étuves pour le cas échéant.

6° *Etats-Unis.*—Une dépêche de Washington, communiquée par l'agence Havas, porte que le gouvernement des Etats-Unis a interdit l'introduction des chiffons expédiés de France pour la durée de l'épidémie de cholérine. M. B.

Le Choléra en Afrique.

Les nouvelles de la côte des Somalis sont mauvaises au point de vue sanitaire. Le choléra continue à sévir avec force au Harrar, au Choa et un peu dans toute l'Abyssinie et les Gallas. La famine existe depuis si longtemps en ces pays que l'épidémie trouve une proie facile dans les populations épuisées.

Les caravanes qui descendent à la côte ont propagé la maladie à Zeïlah, à Bulaar, à Djiboutil, Bulaar vient d'être détruit par un incendie. Il avait été particulièrement éprouvé par le choléra, qui y avait fait, le mois dernier, environ 1,000 victimes, à peu près le quart de la population sédentaire.

L'épidémie cholériforme de la banlieue de Paris.

(Dernières nouvelles).

La situation est stationnaire dans la banlieue nord de Paris. Les inspecteurs de la Préfecture continuent à se rendre chaque jour sur les points où il y a à contrôler les mesures de désinfection prises. — M. le Dr Hellet, maire de Clichy, accompagné de deux médecins, du commissaire de police et de plusieurs conseillers municipaux, a visité les diverses cités de chiffonniers qui se trouvent dans cette ville. Après en avoir constaté l'insalubrité, le Conseil municipal, réuni en séance officieuse, a décidé de faire évacuer d'urgence trois de ces cités et de les faire raser. Ce sont la cité Doré, dite le « Petit-Mazas », la cité Germain, dite le « Soleil », et enfin la cité de la rue des Bateliers, dite la « Petite-Pologne ». Ces trois cités, où sont réunis environ trois cents ménages, constituent un véritable foyer d'infection.

Association de la Presse médicale.

Procès-verbal de la réunion du 8 juillet 1892.

Le troisième dîner pour l'année 1892 de *l'Association de la Presse médicale* a eu lieu le vendredi 8 juillet au Restaurant Marguery. 18 membres étaient présents à la réunion que présidait M. le Pr Cornil. M. de Ranse, syndic, s'était excusé. La séance a été occupée à peu près tout entière par la discussion des candidatures posées. Ont été admis à l'unanimité : M. le Dr Topinard, directeur de l'*Anthropologie* ; M. le Dr Meyer, directeur de la *Revue générale d'Oculistique* ; M. le Dr Leblond, directeur des *Annales de gynécologie et d'obstétrique*.

M. le Dr Joffroy, secrétaire du Comité pour l'érection d'un buste à Duchenne, de Boulogne, a demandé à l'Association de vouloir bien prendre part à la souscription qui a été ouverte. L'Association a voté une somme de *cent* francs. Différentes questions relatives aux billets à prix réduits délivrés aux membres de l'Association ont été agitées. La solution en a été renvoyée à un prochain dîner. *Le secrétaire :* Marcel BAUDOUIN.

Congrès international de médecine de Berlin en 1890.

Publication des comptes rendus.

Si la publication des comptes rendus du Congrès international de médecine de Berlin, en 1890, se fait avec régularité, il n'en est pas de même de la distribution, en France, des volumes parus. On peut même dire que cette distribution ne se fait pas du tout. Si les intéressés ne songent point eux-mêmes à faire retirer leurs volumes, on se garde bien de leur faire remettre et on ne les fait même pas prévenir par la voie de la presse de l'apparition de ces volumes.

Peut-être y a-t-il des règlements formels à ce point de vue ? Peut-être le comité d'organisation a-t-il voulu éviter des frais en organisant, comme il l'a fait, la distribution des différents tomes dans notre pays ! Mais on avouera que ce n'est pas là l'idéal : il est des économies qu'il faut savoir ne pas faire. Celle que nous signalons en est une, car c'est compliquer à plaisir les choses, pour éviter des frais de port de 0 f. 25 à Paris, que de ne pas faire porter à domicile les volumes parus.

M. B.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 17 juillet 1892 au samedi 23 juillet 1892, les naissances ont été au nombre de 1169 se décomposant ainsi: *Sexe masculin :* légitimes, 427; illégitimes, 149, Total, 576. — *Sexe féminin :* légitimes, 440 ; illégitimes, 1·3. Total, 593.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 17 juillet 1892 au samedi 23 juillet 1892. les décès ont été au nombre de 876 savoir : 477 hommes et 399 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 10, F. 4, T. 14. — Variole : M 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 6, T. 9. — Scarlatine : M. 3, F. 2, T. 5. — Coqueluche : M. 2, F. 5, T. 7 — Diphtérie, Croup : M. 5, F. 14, T. 19. — Grippe : M. 0. F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 96, F. 58, T. 154. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 7, T. 21 — Tumeurs bénignes : M. 0. F. 1, T. 1 — Tumeurs malignes : M. 12, F. 31, T. 43. — Méningite simple : M. 22, F. 10, T. 32 — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 19, T. 43. — Paralysie, M. 1. F. 4, T. 4 — Ramollissement cérébral : M. 0, F. 6, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 15, T. 40. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 6, T. 10. — Bronchite chronique. M. 16, F. 8, T. 24.— Broncho-Pneumonie : M. 9, F. 12, T. 21, — Pneumonie : M. 15, F. 11, T. 26. — Gastro-entérite, biberon· M. 61 F. 52, T. 113.—Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 12, T. 20. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 7, F. 7, T. 14. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 - Débilité congénitale : M. 15, F. 13, T. 28. — Sénilité : M. 13, F. 16, T. 29. — Suicides : M. 11, F. 2, T. 12. — Autres morts violentes : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres causes de mort : M. 88, F. 66, T. 154. — Causes restées i-connues : M. 3, F. 1, T. 4.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37, illégitimes, 11. Total : 49 — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 14. Total : 39.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, la chaire de chimie médicale de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Nancy. — Un concours pour la place de chef des travaux du laboratoire de physiologie aura lieu dans les premiers jours du mois de novembre prochain. Un concours pour la place de préparateur de physiologie aura aussi lieu dans les premiers jours du mois de novembre prochain.

Ecole du service de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 3 juillet 1892, le prix du trousseau des élèves a admettre, cette année, à l'Ecole du service de santé militaire est arrêté à 1.007 fr. 83 au lieu de 1.030 fr., chiffre précédemment fixé.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour les prix à décerner en 1892 à MM. les élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux et hospices. Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 12 décembre 1892, à 4 heures, à l'Hotel-Dieu. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai. — *Concours de chirurgie et d'accouchement.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 15 décembre 1892, à 4 heures, à l'Hotel-Dieu. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Assainissement d'Ajaccio. — Le Conseil municipal d'Ajaccio vient de voter une somme de 3,000 francs pour l'assainissement de la ville.

Distinctions honorifiques. — Parmi les nominations de chevaliers de la Légion d'honneur, nous relevons, avec la plus entière satisfaction, celle du très sympathique et dévoué secrétaire général de l'Assistance publique, M. Derouin. Il y a longtemps que nous attendions du Ministère de l'Intérieur cet hommage rendu à un savant et à un administrateur hors ligne.

Excursions botaniques dans l'ouest de la France. — Des excursions botaniques auront lieu, du 5 au 11 août 1892, aux environs de Nantes et sur le bord de l'Océan, sous la direction de M. Edouard Bureau, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris. — *Vendredi* 5 *août* : Réunion préparatoire à 8 h. 1/2 du soir au Muséum d'histoire naturelle de Nantes. Entrée par la conciergerie, rue Athenas, près la place de la Monnaie. — *Samedi* 6 : Herborisation dans les marais flottants de l'Erdre Un yacht à vapeur conduira les excursionnistes. — *Dimanche* 7 : Visite au Muséum d'histoire naturelle et au Jardin des plantes. Herborisation sur les bords de la Loire. A 7 h. 14 m. du soir, départ pour le Croisic. — *Lundi* 8, *mardi* 9 *et Mercredi* 10 : Herborisations dans la région maritime : sables de Pembron, côte granitique de Batz, dunes d'Escoublac, marais salants du Pouliguen. — *Jeudi* 11 : Départ du Pouliguen pour Nantes. Les personnes qui désirent prendre part à tout ou partie des excursions sont priées d'en informer le Secrétaire général de la Société avant le mardi 2 août.

Hopital flottant au Benin. — Le *Mytho*, qui vient de partir pour l'Afrique, une fois rendu au Bénin, y restera pour servir d'hôpital flottant. Voici la composition de son service médical : un médecin principal, M. Barrallier, médecin principal à Cherbourg ; un médecin de 1re classe, qui sera désigné par le port de Toulon ; un médecin de 2e classe, M. Viancin, en service à Toulon. Le transport partira de Toulon de manière à quitter Oran le 4 août.

Service d'Hygiène de l'habitation a Paris. — Un service d'Hygiène de l'habitation a été constitué à la Préfecture de la Seine comme une première conséquence de la réorganisation de la direction des travaux. L'administration a choisi M. le Dr Martin, secrétaire général adjoint de la Société de Médecine publique, pour remplir les fonctions d'inspecteur des services d'assainissement. Une Commission de quarante membres va être constituée, à la Préfecture de la Seine, pour l'étude et le contrôle permanent des services d'hygiène. Elle comprendra des ingénieurs, des médecins et des membres du Conseil municipal. Nous ne pouvons qu'applaudir à la nomination de notre excellent ami, A.-J. Martin. On ne pouvait faire un meilleur choix.

Nécrologie. — M. le Dr Bouisson (de Marseille). — M. le Dr Buire, d'Esmery (Somme), reçu en 1869. — M. le Dr Drouet (de Paris). — M. le Dr Bridoux (d'Arleux-en-Gohelle). — M. Champon, élève de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

ÉPIDÉMIOLOGIE

Le Choléra nostras à l'Hôpital de Saint-Denis;

2e ARTICLE (1).

par L.-E. DUPUY.

Nous continuons à publier les observations des malades atteints de choléra ou de diarrhée cholériforme, traités dans notre service d'isolement. La marche de l'épidémie actuelle est si différente de celles qui ont été précédemment observées en France, qu'il nous semble utile de mettre ce document à la disposition de ceux qui, dans la suite, voudront en retracer l'histoire complète. Ces observations, forcément résumées, ont été recueillies avec le plus grand soin par M. Siou, interne distingué de l'hôpital de Saint-Denis; elles ne concernent que des malades sortis du service. Dans le précédent article, nous avions donné deux observations de malades en cours de traitement; nous les complétons aujourd'hui en disant que le premier, Z..., a guéri et que la veuve A... a succombé.

OBS. XVI. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.* — G... B..., âgé de [illegible] ans, 15, place Victor-Hugo, à Saint-Denis, entre, le 4 juillet, au pavillon d'isolement. S'adonne assez souvent à des excès alcooliques et vit misérablement sous le rapport du logement et de la nourriture, boit de l'eau artésienne. A eu des coliques le 3 juillet au soir et la nuit du 3 au 4. La diarrhée et les vomissements ont débuté le 4 à 7 h. du matin, les crampes ont paru le soir à 4 h. dans tous les membres, mais plus vives aux mollets. Douleur épigastrique et abdominale. Anurie pendant la journée du 4. Selles bilieuses, verdâtres; pas de refroidissement. Sort guéri le 1[illegible] juillet.

OBS. XVII. — *Choléra. Décès.* — G... E.-H., 14 ans, 1[illegible], avenue de Paris, à la Plaine-Saint-Denis, entre, le 12 juillet, à 9 h. du soir, au pavillon. Cet enfant est maigri et tousse depuis son enfance. Avait commencé à travailler à l'usine [illegible], le 5 juillet (Voir OBS. I et IX) où il buvait de l'eau [illegible]. Se nourrit à peu près bien et fait usage chez lui d'eau artésienne. N'est à Saint-Denis que depuis deux mois. Début de la diarrhée le [illegible] juillet; le même jour il a vomi l'eau qu'il buvait à son usine. Persistance de ces symptômes à divers degrés jusqu'à son arrivée. A ce moment il est dans le collapsus complet, ne répond à aucune question; pas de réflexe palpébral. Le faciès est grippé, les yeux sont cernés, très excavés; les membres inférieurs sont très douloureux à la pression. T. R. 36°,7. Le pouls est petit, la respiration gênée. Écoulement par les deux oreilles d'un liquide purulent. Pas d'émission d'urines. Décès à 6 heures du matin. T. R. post mortem 38°.

Autopsie: Adhérences pleurales surtout à droite, où l'on trouve aussi des noyaux caséeux dont l'un de la grosseur d'un œuf de poule. Sang couleur sépia. Foie gras. Vésicule biliaire très distendue. Rate normale. L'intestin est très congestionné; la muqueuse présente une teinte hortensia légère et la surface externe présente une teinte rosée. Il y a de la psorentérie, mais peu marquée. Rien du côté du cerveau. La vessie contient environ 20 centilitres d'urine.

OBS. XVIII. — *Choléra. Décès.* — G... E., 42 ans, 55, rue [illegible], à Saint-Denis, entre, le 10 juillet, au pavillon. Travaille comme chauffeur dans une usine au bord de la Seine, où il boit de l'eau artésienne et quelquefois de l'eau de Seine. Se nourrit assez bien, fait peu d'excès. Avait la diarrhée depuis plus de deux mois. Le [illegible] juillet, vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, verdâtres. Le 10 juillet, état mauvais, langue froide, pouls petit, respiration gênée, cyanose, algidité, urines très rares. T. R. 37°,2. Tous ces symptômes s'aggravent, l'anurie devient complète et le malade succombe, le 13 juillet, à 7 h. du soir. Avant la mort T. R. 37°, après la mort 37°,4. L'examen bactériologique révèle le bacille de Koch.

Autopsie: Poumons sains; cœur un peu hypertrophié; sang sépia. Vésicule biliaire très distendue. Surface externe de l'intestin très congestionnée: la muqueuse présente la teinte hortensia. Psorentérie manifeste. Tissus poisseux. Rate petite, de couleur et consistance normales. Pas d'urine dans la vessie.

OBS. XIX. — *Choléra. Décès.* — M... A., 52 ans, maçon, 20, rue du Landy, à la Plaine-Saint-Denis, entre, le 13 juillet, à 7 h. du soir. Il succombe sur le brancard qui a servi à le transporter. Sa femme est morte du choléra, le même jour, à 3 h. 1/2 de l'après-midi. Il a la diarrhée depuis le 10 juillet; puis vinrent des crampes très douloureuses et des vomissements, avec selles riziformes involontaires. Buvait de la boisson fabriquée avec des raisins secs et de l'eau de Seine. Nourriture mauvaise. Se livrait fréquemment à des excès de boisson.

Autopsie: Adhérences des deux plèvres, surtout à droite, où le sommet du poumon est franchement tuberculeux. Cœur légèrement hypertrophié et flasque; foie cirrhotique, crie sous le scalpel. Vésicule biliaire très distendue. Belle couleur hortensia de l'intestin; psorentérie. L'examen du contenu intestinal a décelé le bacille-virgule.

OBS. XX. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.* — F... J., 54 ans, infirmier à l'hôpital de Saint-Denis, où le personnel ne consomme que de l'eau artésienne, entre au pavillon le [illegible] juillet, à 7 h. [illegible] du soir. La diarrhée a débuté le 7 juillet [illegible] midi; le 8 juillet elle est devenue plus abondante (environ 12 selles dans la journée, bilieuses, granuleuses); les vomissements et les crampes ont apparu, vers 4 h. du soir, le [illegible] juillet. T. R. 37°,[illegible] pouls un peu faible; pas de cyanose ni d'algidité, mais courbature intense, urines très rares, céphalée vive et selles très fréquentes. Sort guéri le 14 juillet.

OBS. XXI. — *Choléra. Décès.* — C..., N., 47 ans, 31, rue du Port, à Saint-Denis, entre au pavillon le 14 juillet 1892. Mauvaise nourriture, boit de l'eau de Seine dans la cour où il travaille comme cocher, rue Saint-Nicolas-des-Aulnes, n° 12, Saint-Denis. Diarrhée depuis le [illegible] juillet; plus fréquente le 14, alors qu'apparaissent des crampes et des vomissements. Faciès hippocratique; yeux cernés, caves; nez effilé, langue froide, cyanose, algidité, pouls filiforme, urines rares. T. R. à l'arrivée 37°,5. Post mortem: T. R. 3[illegible],7, T. A. 37° 9. Mort dans le collapsus, à [illegible] heures du matin, le 15 juillet.

Autopsie. — Poumon droit légèrement congestionné, granulations tuberculeuses au sommet du poumon gauche. Rate petite. Cœur flasque: sang très noir. Vésicule biliaire très distendue. Foie crie sous le scalpel. Tissus poisseux. Très belle psorentérie.

OBS. XXII. — *Choléra. Décès.* — [illegible], L., [illegible] ans, [illegible], avenue de Paris, à la Plaine-Saint-Denis, entre au pavillon le 14 juillet. Boit de l'eau de Seine. La diarrhée a débuté le 12 juillet. A son arrivée, à 11 heures 1/2 du matin, yeux excavés, face très maigre, langue froide, peau sans tonicité, voix cassée, pouls imperceptible, marbrures aux pieds, aux mains, au cuir chevelu, teinte violacée générale, selles riziformes, vomissements, crampes, anurie. T. R. à l'arrivée 36°,2; à 7 h. du soir, 3[illegible]°,5. Décès à 5 heures du matin, le 15 juillet. Post mortem: T. R. 36°,8, T. A. 3[illegible].

Autopsie. — Adhérences pleurales très solides et granulations tuberculeuses à gauche; à droite, quelques adhérences

(1) Voir *Progrès médical* du 9 juillet 1892, p. 2[illegible].

assez récentes sur le bord antérieur. Cœur mou, se déchire facilement. Sang noir. La pulpe de la rate est ferme et sèche. Psorentérie manifeste. Quelques plaques de congestion à la face externe du rectum. L'examen bactériologique a décélé le bacille de Koch.

Obs. XXIII. — *Choléra. Décès.* — G..., J., 55 ans, 156, boulevard Ornano, à Saint-Denis, est entré au pavillon le 14 juillet à 11 heures du matin. Se livre à des excès alcooliques ; était ivre le 11 juillet. Boit de l'eau de Seine ; très nombreuse famille et misère. A son arrivée, T. R. 38°,7 ; les yeux se creusent ; pouls presque imperceptible ; cyanose au début ; douleur épigastrique et abdominale ; peau sans tonicité ; vomissements ; crampes ; anurie depuis le 13 juillet au soir. Décès le 15 juillet au soir. Le 15 juillet matin T. R. 37°,6. T. R. post mortem, 38°,4.

Autopsie. — Tissu poisseux, sang noir, intestin congestionné, couleur hortensia, psorentérie. La muqueuse de l'estomac est parsemée de plaques de piqueté hémorrhagique. Rate très friable, ramollie. L'examen bactériologique a décelé le bacille-virgule.

Obs. XXIV. — *Choléra. Décès.* — Vve B..., 47 ans, 39, rue d'Aubervilliers, à Saint-Denis, entre le 15 juillet au pavillon. Habite dans un taudis infecte d'une cité insalubre et se nourrit mal. Buvait de l'eau artésienne. A son arrivée, facies violacé, asphyxique, respiration gênée, yeux caves, cyanose générale, algidité, douleur épigastrique et abdominale, hoquet, pouls imperceptible, anurie. A eu, avant son entrée, des vomissements et des crampes très douloureuses ; ici elle n'a eu qu'une diarrhée fort abondante et caractéristique. T. R. à 6 heures du soir, 37°,5. Collapsus à 10 heures. Décès le 16 juillet à 9 heures du matin. T. R. 37°,9, T. A. 36°,5, post mortem.

Autopsie. — Adhérences pleurales au sommet du poumon gauche et au lobe moyen du poumon droit. Cœur flasque, sang sépia. Tissus poisseux. Belle vascularisation rosée de l'intestin, avec quelques plaques bleuâtres, espacées. Couleur hortensia, psorentérie bien fournie. Vésicule biliaire distendue par un liquide vert noirâtre. L'examen bactériologique a révélé le bacille-virgule.

Obs. XXV. — *Choléra. Décès.* — M..., femme G..., âgée de 55 ans, 156, boulevard Ornano, à Saint-Denis, entre au pavillon le 14 juillet, à 11 heures du matin, en même temps que son mari (voir Obs. XXIII). T. R. 37°. Boit de l'eau de Seine. Depuis quatre jours diarrhée. Depuis ce matin, vomissements, crampes dans tous les membres ; yeux caves, langue froide, voix cassée, peau sans élasticité, douleur abdominale très vive, mains et pieds algides et cyanosés, pouls filiforme, selles riziformes légèrement sanguinolentes, anurie. Le 15 juillet, aggravation de tous ces symptômes ; à 5 heures du soir, T. R. 35°,8 ; à 9 heures, décès. Post mortem : T. R. 37°,4, T. A. 36°,4.

Autopsie. — Nombreuses adhérences au poumon gauche ; cœur flasque. Vésicule biliaire très distendue. La surface péritonéale de l'iléum est bleuâtre, celle du duodénum est rosée, le mésentère est vascularisé. Couleur hortensia très foncée, muqueuse épaissie ; psorentérie. Rate légèrement volumineuse, friable. L'examen bactériologique a montré le bacille-virgule.

Obs. XXVI. — *Choléra. Guérison.* — T..., femme B..., 30 ans, 30, route de Gonesse, à Saint-Denis, est entrée au pavillon le 9 juillet. A bu de l'eau de Seine, grande misère, mauvaise nourriture. Diarrhée depuis le 7 juillet, bien caractéristique ; vomissements, quelques crampes légères. T. R. à l'arrivée, 37°,5. Yeux cerclés de noir, légèrement excavés, langue tiède, membres tièdes également, pas de cyanose, courbature générale, urines rares. Sort guérie le 17 juillet. A l'examen bactériologique on trouve le bacille de Koch.

Obs. XXVII. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.* — G..., M., 9 ans, 16, route d'Aubervilliers, à Saint-Denis, entre au pavillon le 11 juillet. Boit de l'eau de Seine ; nourriture assez bonne. Vomissements et diarrhée incessants toute la nuit. T. R. 37°,4. Yeux excavés, enfoncés dans l'orbite, facies grippé exprimant la douleur, langue tiède, voix cassée, pouls petit, membres tièdes, pas de cyanose, douleur épigastrique, soif ardente, somnolence continuelle. Les selles contenant des flocons grumeleux, rappellent l'eau de riz et paraissent caractéristiques ; anurie incomplète. Sort guérie le 17 juillet.

Obs. XXVIII. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.* — J..., A., 14 ans, 34, route d'Aubervilliers, à Saint-Denis, entre au pavillon le 11 juillet. Boit de l'eau artésienne. Mauvaise nourriture. Travaille dans une usine où l'on carde et nettoie de vieux matelas, provenant surtout des hôpitaux. La diarrhée a débuté le 10 juillet. A son arrivée, facies très pâle, céphalée, yeux cernés, langue pâteuse, douleur épigastrique et abdominale, crampes légères, pouls faible, courbature générale, insomnie, selles bilieuses, vomissements. T. R. 38°,6 à l'arrivée, puis 37°4, 37°, etc. Sort guérie le 17 juillet.

Obs. XXIX. — *Choléra. Décès.* — D..., E., 72 ans, 29, route de la Révolte, à Saint-Denis, entre au pavillon le 13 juillet. Boit de l'eau de Seine. Diarrhée plus ou moins abondante depuis le 10 juillet, bilieuse, verdâtre. A son arrivée, T. R. 36°,6. Vomissements répétés, crampes très douloureuses, yeux cernés très excavés, langue froide, lèvres violacées, voix cassée, pouls imperceptible, algidité complète, douleur épigastrique, soif excessive, borborygmes, peau sans tonicité, selles floconneuses, sanguinolentes. Décès le 18 juillet à 7 heures et demie du matin. T. R. post mortem, 36°,1. T. A. 34°,3. Le 16 juillet au soir, T. R. 36°.

Autopsie. — Cœur flasque, légèrement hypertrophié ; sang noir ; foie friable, crie sous le couteau ; vésicule biliaire distendue. L'estomac présente des plaques de piqueté hémorrhagique. La rate friable est enveloppée dans une écorce très résistante. La surface péritonéale du jéjunum et la première partie de l'iléon est rugueuse et d'une teinte violacée, tandis que le reste offre une belle teinte rosée. Couleur hortensia de la muqueuse, psorentérie. L'examen des selles a décelé le bacille-virgule.

Obs. XXX. — *Choléra. Décès.* — D... P., femme de 30 ans, 12, rue du Landy, à la Plaine-Saint-Denis, entre au pavillon le 14 juillet. Boit de l'eau de Seine ; mal logée, mal nourrie. Diarrhée depuis le 12 juillet. A son arrivée, T. R. 37,°6. Vomissements, diarrhée, crampes très douloureuses dans les jambes, yeux cernés et excavés, voix cassée, langue froide ; selles floconneuses, jaunâtres ; douleur épigastrique, borborygmes ; pouls imperceptible ; urines très rares, marbrures violacées, refroidissement général, cyanose des extrémités. Le 18 juillet au soir, T. R. 36°,4. Décès à 10 heures du soir, T. R. post mortem 38°,4 ; T. A. 37°,5.

Autopsie. — Adhérences pleurales très solides à toute la surface du poumon droit et au sommet du poumon gauche. Cœur graisseux, mou ; sang noir. Foie gras, avec légère périhépatite. Rate un peu volumineuse, non friable. Vésicule biliaire très distendue. Surface péritonéale de l'intestin et la muqueuse sont exsanguës, pâles ; la psorentérie est manifeste. L'examen bactériologique a decelé le bacille-virgule.

Obs. XXXI. — *Choléra. Décès.* — L... L., fillette de 3 ans, 20, rue du Landy, à la Plaine-Saint-Denis, entre au pavillon le 19 juillet. Boit de l'eau de Seine ; misère complète sous le rapport de la nourriture et du logement. Fréquentait son voisin M... décédé du choléra le 13 juillet (V. Obs. XIX) ; vomissements et diarrhée blanchâtre floconneuse toute la nuit, avec crampes très douloureuses ; à son arrivée, yeux enfoncés dans l'orbite, facies exprimant la terreur, algidité, marbrures violacées. Décès 5 minutes après son arrivée. Post mortem, T. R. 40°,7, T. A. 37°3.

Autopsie. — Rate très friable. Cœur mou, sang sépia. Intestin pâle ; psorentérie très marquée. Plaques de Peyer très saillantes. Tissu poisseux.

Obs. XXXII. — *Choléra. Décès.* — L. C... Y., 37 ans, 169, boulevard Ornano, à Saint-Denis, entre au pavillon le 16 juillet. Fièvre typhoïde il y a 17 ans ; soldat en Cochinchine pendant 30 mois, y a eu la diarrhée ; fluxion de poitrine, variole. Boit de l'eau de Seine. Diarrhée depuis le 13 juillet au soir ; vomissements et crampes dans la nuit du 14 au 15 juillet. Progressivement on vit apparaître vomissements verdâtres, yeux excavés, langue froide, peau sans tonicité, algidité, cyanose, anurie, agitation perpétuelle. T. R. à l'arrivée 37°, puis 36°,8, 36°, 36°,2.

Le 20 juillet au matin, T. R. 36°,7. A 8 heures du matin décès. Post mortem. T. R. 37°,7, T. A. 36°,4.

Autopsie. — Foie crie sous le couteau, périhépatite : vésicule biliaire jaune citron distendue. Rate augmentée de volume, friable. Reins volumineux, congestionnés. Couleur hortensia de la muqueuse intestinale, qui offre la plus belle psorentérie que l'on ait vue. Mésentère très congestionné. Cœur hypertrophié. Pas d'urine dans la vessie.

Obs. XXXIII. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.* — G..., femme M..., 27 ans, 30, route d'Aubervilliers, à Saint-Denis, entre au pavillon le 18 juillet. Boit de l'eau prise dans le puits de son habitation. Diarrhée, puis vomissements et crampes ont apparu le jour même à 1 heure du matin. A visité la veille la nommée J... (Obs. XXVII) atteinte de diarrhée cholériforme. Céphalée, face congestionnée, douleur épigastrique, urines très rares, légère cyanose. Sort guérie le 20 juillet.

Obs. XXXIV. — *Choléra. Décès.* — J..., femme P..., 64 ans, 62, route d'Aubervilliers, à Saint-Denis, entre au pavillon le 19 juillet à 10 heures du soir. Fait usage d'une eau prise au puits situé dans la cour de sa maison. Diarrhée, vomissements et crampes très douloureuses. A son arrivée, T. R. 37°,5, pouls filiforme, yeux très cernés et très caves ; facies grippé, asphyxique, langue tiède, puis froide ; douleur épigastrique ; refroidissement et cyanose des extrémités ; peau sans tonicité, voix éteinte, urines excessivement rares. Post mortem, T. R. 37°,8, T. A. 37°. Décès 20 juillet à 6 h. 1/2 soir.

Autopsie. — Quelques adhérences aux deux poumons. Cœur mou, sang sépia. Estomac avec plaques de piqueté hémorrhagique. Rate en bouillie. Muqueuse intestinale couleur hortensia : psorentérie bien marquée.

Obs. XXXV. — *Choléra. Décès.* — L... J., 37 ans, 20, rue du Landy, à Saint-Denis, entre le 21 juillet à 1 h. 1/2 du matin dans le pavillon. Sa fille L... (Obs. XXXI) est décédée du choléra le 19 juillet. Mauvaise nourriture, mal logé, famille nombreuse, boit de l'eau de Seine, travaille dans une fabrique d'engrais. Diarrhée depuis le 18 juillet. A son arrivée, T. R. 37°. Vomissements, crampes très douloureuses, langue froide, yeux très excavés, facies terreux ; peau sans tonicité, algidité, cyanose des extrémités, teinte violacée générale, anurie. A 7 heures du matin, T. R. 37°,9. A 10 h. 1/2 décès. T. R. post mortem 37°. T. A. 35°,2.

Autopsie. — Adhérences pleurales des deux côtés, surtout à droite ; cœur gras, flasque ; rate très diffluente ; intestin couleur hortensia, psorentérie ; sang sépia.

Obs. XXXVI. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.* — C..., femme C..., 32 ans, 223, avenue de Paris, entre le 16 juillet au pavillon. A eu variole, rougeole, scarlatine, dysenterie, pleurésie. Etait très fatiguée par le travail quand la diarrhée a débuté le 15 juillet. Dit être allée chez une personne atteinte de choléra, mangeait peu de salade et ne boit jamais une goutte d'eau. Vomissements et selles très répétés, crampes très douloureuses, yeux cernés, non caves ; langue pâteuse ; vive douleur épigastrique, céphalée intense. Sort guérie le 21 juillet.

Obs. XXXVII. — *Choléra. Guérison.* — B... M..., 26 ans, 31, rue du Landy, à Saint-Denis, entre le 11 juillet au pavillon. Malheureuse, vit dans des conditions misérables, sous le rapport du logement et de la nourriture ; boit de l'eau de Seine en abondance. Diarrhée a débuté le 7 juillet ; soif inextinguible ; vomissements et crampes le 11 juillet. Crampes très douloureuses, langue tiède, urines rares, pouls filiforme, yeux cernés, légèrement excavés ; la peau a peu de tonicité, voix très cassée. Céphalée intense, gargouillement intestinal. Après diverses alternatives elle sort guérie le 21 juillet. Nota : T. R. entre 38°,8 et 37°,4 : il n'y a pas eu algidité, mais léger refroidissement des extrémités. L'examen bactériologique a fait découvrir le bacille-virgule.

Obs. XXXVIII. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.* — V... B., 58 ans, 187, avenue de Paris, à Saint-Denis, entre au pavillon le 11 juillet. Los conjonctives et la peau ont encore légère teinte jaunâtre due à un ictère catarrhal dont il était atteint il y a quinze jours. Se privait depuis quelque temps. Faisait usage d'eau de Seine. La diarrhée a débuté le 9 juillet, excessivement fréquente. Vomissements et crampes le 10 juillet. A son arrivée, serait méconnaissable, paraît-il, tant il a maigri depuis deux jours. Facies terreux, yeux cernés non excavés ; langue sèche, tiède ; soif très ardente, voix, cassée, pouls lent, courbature générale ; peau a perdu de sa tonicité ; léger refroidissement, crampes, urines rares au début. Sort guéri le 21 juillet.

Obs. XXXIX. — *Choléra. Décès.* — S..., femme B..., 26 ans, 33, rue du Landy, entre au pavillon le 19 juillet. Allaite un enfant de 5 mois. Boit habituellement eau de Seine, mais depuis un mois boit de l'eau artésienne. A soigné sa belle-mère et sa belle-sœur décédées du choléra le 16 et le 17 juillet. Diarrhée depuis le 16 juillet ; face congestionnée, puis pâle ; yeux cernés, caves ; cyanose des extrémités ; pouls imperceptible, refroidissement, anurie, selles caractéristiques, vomissements verdâtres. Post mortem, T. R. 37°,1. T. A. 34°,8.

Nécropsie. — Adhérences pleurales assez récentes à toute la surface du poumon droit. Rate friable. Intestin couleur hortensia ; plaques saillantes ; psorentérie légère. Cœur hypertrophié et flasque.

Obs. XL. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.* — G... P., 65 ans, 10, rue de la Fromagerie, à Saint-Denis, entre au pavillon le 9 juillet. Homme de peine dans l'usine C... et O..., située sur les bords de la Seine (Voir Obs. XVIII). Diarrhée bilieuse et intense le 7 juillet ; quelques vomissements le 9 au matin. Courbature générale, facies très amaigri depuis deux jours, langue froide, pouls lent mais plein, pas d'algidité, pas de crampes, sécrétion urinaire diminuée, ténesme. Sort guéri le 22 juillet.

Obs. XLI. — *Choléra. Guérison.* — Femme J..., 39 ans, boulevard Ornano, 203, à Saint-Denis, entre au pavillon le 10 juillet. Buvait de l'eau de Seine exclusivement ; mauvaise nourriture. Début de la diarrhée le 7 ou 8 juillet ; vomissements intenses le 9 juillet au soir. A son arrivée crampes très douloureuses et très fréquentes ; facies grippé, yeux caves, langue froide, cyanose légère des membres supérieurs et inférieurs, voix cassée, anurie, pouls filiforme. Pendant quatre jours tous ces symptômes persistent et l'on craint une issue fatale ; injections sous-cutanées d'éther et de caféine très nombreuses. Peu à peu le pouls revient, la malade se réchauffe, et elle peut sortir guérie le 22 juillet. L'examen bactériologique a montré le bacille virgule.

Obs. XLII. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.* — J... J., 203, boulevard Ornano, enfant de la femme J... (observation précédente) entre au pavillon le 18 juillet. Diarrhée bilieuse, jaune et fréquente. A eu des vomissements chez lui. Céphalée intense, abattement, douleur épigastrique et abdominale. T. R. 36°,2 à 36°,9. Sort guéri le 22 juillet.

Obs. XLIII. — *Choléra. Guérison.* — Femme V..., 37 ans, 12, rue du Landy, à la Plaine-Saint-Denis, entre au pavillon le 14 juillet, en même temps que la femme D... P., qui habite le même logement. Buvait de l'eau de Seine : mauvaise nourriture. Travaille à la chaleur. Diarrhée depuis un mois, plus intense depuis le 12 juillet ; vomissements le 13 juillet, puis crampes. Yeux cernés et caves ; facies non grippé ; langue tiède ; douleur épigastrique et abdominale, pouls très petit ; membres supérieurs et inférieurs légèrement froids ; soif vive ; anurie le 14 juillet, puis urines rares pendant quelques jours. Cette malade, dont l'état fut grave à un moment donné, sort guérie le 23 juillet. L'examen bactériologique a montré le bacille-virgule.

Obs. XLIV. — *Choléra. Guérison.* — B... E., 19 ans, 39, rue d'Aubervilliers, à Saint-Denis, entre le 16 juillet au pavillon, à neuf heures et demie du soir. Sa mère est décédée du choléra dans le service, le même jour, à 9 heures du matin (Voir Obs. XXIV). Travaille à la chaleur dans l'usine C... et O..., sur le bord de la Seine. Logement insalubre, nourriture mauvaise. Le 14 juillet au matin il est pris de diarrhée, puis l'après-midi de vomissement et de crampes. Le 15, légère amélioration. Mais le 16, diarrhée extrêmement fréquente avec vomissements. A son arrivée, T. R. 36°,8, courbature générale, yeux cernés un peu excavés, langue tiède, sueur visqueuse, pouls faible, selles très liquides, grisâtres, assez caractéristiques, soif ardente, urines rares pendant deux jours. L'abattement

général persiste quelque temps, puis le malade sort guéri le 23 juillet. L'examen des selles a décelé le bacille-virgule.

Obs. XLV. — *Choléra. Décès.* — C... C., 33 ans, 100, avenue de Paris, à la Plaine-Saint-Denis, entre, le 23 juillet, à 6 h. du matin. Charretier dans une lessiverie; fait usage d'eau de Seine. Etait bien portant lorsque, le 22 juillet à 1 h. de l'après-midi, il fut subitement pris d'une diarrhée intense, puis de vomissements et de crampes. A son arrivée, T. R. 37°,4. Yeux cernés, profondément excavés; facies hippocratique, langue tiède, peau sans tonicité, pouls imperceptible, membres supérieurs et inférieurs algides et marbrés, ongles violacés, douleur épigastrique et abdominale, anurie, soif intense. Décès, à midi, le 23 juillet. Post mortem, T. R. 36°,5, T. A. 34°,8.

Autopsie. — Foie légèrement gras; poumons et reins congestionnés; cœur flasque. Intestin couleur hortensia avec psorentérie. L'examen bactériologique a décelé la présence du bacille-virgule.

Obs. XLVI. — *Choléra. Guérison.* — Femme L..., 47 ans, 21, avenue de Paris, à la Plaine-Saint-Denis, entre au pavillon le 18 juillet. Femme maladive; a eu 10 enfants; le dernier qu'elle allaite a 1 an 1/2. Un logement de deux pièces pour 10 personnes. Boit beaucoup d'eau de Seine. Prise le 16 juillet au matin de diarrhée intense avec vomissements et crampes. Yeux cernés, un peu excavés, facies indiquant la souffrance, langue tiède; la peau n'a pas toute son élasticité; les membres supérieurs et inférieurs sont tièdes, pouls assez bon; courbature et prostration extrêmes. Diarrhée des plus fréquentes, assez caractéristique, avec soif très ardente et urines rares. Pas de cyanose. Sort guérie le 24 juillet 1892.

Obs. XLVII. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.* — H... H., 49 ans, 19, place du Marché, entre au pavillon le 18 juillet. Habite dans une maison où il y a environ 30 locataires. Nourriture défectueuse. Travaille à la chaleur, usine B..., où il boit beaucoup d'eau. De nombreux cas de diarrhée y ont été constatés ces jours derniers. Pris subitement de diarrhée fréquente le 17 juillet, à 4 h. du matin; puis surviennent des vomissements avec un malaise et une courbature générale. Yeux cernés, non excavés, bouche pâteuse, sèche, soif ardente, pouls lent, douleur épigastrique et abdominale. Sort guéri le 24 juillet 1892.

Obs. XLVIII. — *Choléra. Guérison.* — Fille M... J., 14 ans, 20, rue du Landy, à la Plaine-Saint-Denis, entre le 19 juillet. Père et mère morts du choléra le 13 juillet (Voir Obs. XIX). Nourriture mauvaise, eau de Seine. En relations suivies avec la petite L... L., décédée du choléra le 19 juillet (Voir Obs. XXXI). Diarrhée depuis le 15 juillet, augmentant sans cesse; selles bilieuses, verdâtres très liquides, grumeleuses. Courbature générale, yeux cernés, langue tiède, saburrale, nausées, pesanteur et chaleur épigastrique et abdominale, borborygmes, pouls faible; ni cyanose, ni algidité. Sort guérie le 24 juillet. L'examen bactériologique a décelé le bacille-virgule.

Obs. XLIX. — *Choléra. Guérison.* — P... A., 32 ans, 126, route de la Révolte, à Saint-Denis, entre au pavillon le 15 juillet. Alcoolique, mauvaise nourriture, fait usage d'eau de Seine en grande quantité. Début de la diarrhée le 12 juillet au matin. A son arrivée: diarrhée assez fréquente, ténesme, vomissements. Yeux cernés, très caves; joues creuses, nez effilé, facies plombé, langue légèrement froide, pouls faible, borborygmes, mains cyanosées, membres supérieurs et inférieurs tièdes, crampes très douloureuses, soif ardente, anurie, courbature intense. Cet état reste stationnaire pendant trois jours. Le 21 juillet, apparition d'une éruption de papules agglomérées avec couleur rouge et cuisson, formant de petites saillies appréciables au toucher (éruption lichénoïde). Les autres symptômes s'amendent progressivement et le malade sort le 24 juillet avant la disparition complète de l'éruption.

Obs. L. — *Choléra. Décès.* — C... M., 47 ans, 7, cours Chabrol, à Saint-Denis, entre, le 23 juillet, dans le pavillon. Chiffonnier, boit beaucoup d'eau dans son travail et ne peut en préciser la nature, fait le triage de ses chiffons dans la chambre où il habite. Le jeudi soir, 21 juillet, a été pris subitement de diarrhée; les vomissements ont débuté le 22 juillet au matin; puis soif ardente, crampes très fréquentes et très douloureuses dans les mains, les doigts, les mollets et les orteils. A son arrivée T. R. 36°,4. Yeux excavés, facies grippé, langue froide, pouls filiforme; membres supérieurs et inférieurs tièdes, plutôt froids, avec apparition de marbrures violacées, peau a peu de tonicité, douleur épigastrique, anurie; vomissements incessants. Peu à peu ces symptômes s'accusent davantage, la voix se voile, l'algidité et la cyanose apparaissent, le pouls devient imperceptible, et le malade succombe le 24 juillet, à 7 heures 1/2 du soir. Post mortem, T. R. 36°,2, T. A. 35°,8.

Autopsie. — Adhérences des 2 poumons qui sont congestionnés; cœur mou, avec sang sépia. Psorentérie et couleur hortensia de l'intestin. L'examen des selles a décelé le bacille-virgule.

Obs. LI. — *Choléra. Guérison.* — C... J., 28 ans, 32, rue du Landy, à Saint-Denis, entre au pavillon, le 16 juillet. A fait 4 ans 1/2 de service militaire, en Tunisie, où il a eu quelquefois la diarrhée. Se nourrit bien, mais boit beaucoup d'absinthe, conséquence d'une habitude contractée en Tunisie. Est chauffeur au gaz, à la Villette; boit de l'eau de Seine. Avait la diarrhée depuis six jours, avec légères rémissions. A son arrivée T. R. 38°,2. Yeux excavés, cerclés de noir, facies hippocratique; mains plombées, ongles violacés; membres supérieurs et inférieurs plutôt froids, pouls faible, vomissements et diarrhée très fréquents, crampes très douloureuses; soif ardente, urines rares, légère douleur épigastrique et abdominale, borborygmes, voix cassée, non voilée. Etat stationnaire et incertain pendant 2 jours, puis amélioration, et le malade sort guéri le 25 juillet 1892. L'examen bactériologique a décelé la présence du bacille-virgule.

Obs. LII. — *Choléra. Guérison.* — Femme F..., 28 ans, rue du Landy, à Saint-Denis, entre au pavillon le 17 juillet. A eu la fièvre typhoïde l'an dernier. Boit de l'eau de Seine; nourriture laisse à désirer. Soignait un malade atteint de diarrhée, lorsque le 16 juillet elle fut prise de nausées et de forte diarrhée. Le soir, à une diarrhée très fréquente s'ajoutèrent des vomissements et des crampes dans les mollets. Dans le service on constata : diarrhée très liquide d'un jaune clair, floconneuse; quelques vomissements, langue froide, extrémités cyanosées froides, teint plombé, yeux très cernés, peu excavés, pouls filiforme, voie fatiguée, courbature générale, urines rares, soif des plus ardentes. A cette période d'abattement succéda une période d'agitation; puis peu à peu la cyanose disparut et la malade sortit guérie le 25 juillet. L'examen bactériologique a démontré la présence du bacille-virgule.

Obs. LIII. — *Choléra. Décès.* — S... J., 8 ans, 100, avenue de Paris, Plaine-Saint-Denis, entre au pavillon le 25 juillet, à 7 heures du soir. Boit de l'eau de Seine (Voir Obs. XLV). Pris subitement, le 25 juillet après midi, de diarrhée avec vomissements. A son arrivée T. R. 36°,5. Facies très cyanosé; yeux noirs excavés; langue froide; voix éteinte; membre supérieurs et inférieurs froids et cyanosés; peau sans tonicité, pouls imperceptible. Dans le service pas de selles, vomissements bilieux, jaunâtres, assez abondants; agitation extrême. Décès le 26 juillet, à 2 heures du matin. Post mortem, T. R. 38°,9. T. A. 36°,1.

Autopsie. — Cœur flasque, sang sépia, poumons congestionnés aux bases; foie légèrement gras; rate volumineuse, congestionnée; surface externe de l'intestin pâle, psorentérie très marquée. Couleur hortensia.

Obs. LIV. — *Choléra. Décès.* — Vve B..., 64 ans, 11, rue Dezobry, à Saint-Denis, entre au pavillon le 25 juillet. Est assez fréquemment atteinte de diarrhée; fait usage souvent d'eau d'un puits, rue Compoise. A eu plusieurs maladies: bronchites, fluxion de poitrine, affection gastrique, a de l'arythmie cardiaque. Avait une diarrhée très fréquente depuis le 18 juillet (environ 15 à 20 selles par jour); les vomissements ont débuté le 21 juillet et les crampes le 23. A son arrivée, courbature et faiblesse générale; puis yeux cernés, caves; langue sèche froide; le facies se cyanose peu à peu; la peau est sans tonicité,

les vomissements incessants, la soif ardente ; le pouls filiforme est presque imperceptible ; les membres supérieurs sont froids, les membres inférieurs tièdes ; douleur épigastrique et abdominale, anurie depuis deux jours, selles riziformes. Le 26 au soir T. R. 37°,7. Aggravation de tous ces symptômes et décès le 26 juillet à minuit. Post mortem, T .R. 38°,2. T.A. 36°,2.

Autopsie. — Intestin congestionné, couleur hortensia et psorentério ; cœur flasque, sang sépia. Rate volumineuse, légèrement diffluente. Reins congestionnés.

Obs. LV. — *Choléra. Guérison.* — M... J., 45 ans, 90, rue de Paris, à Saint-Denis, entre le 18 juillet au pavillon. Travaille comme terrassier avenue de Paris, à la Plaine-Saint-Denis. Très alcoolique. A bu beaucoup d'eau de Seine. Début de la diarrhée le 14 juillet ; le 15, quelques nausées ; le 16, vomissements et diarrhée plus intense. A son arrivée crampes très douloureuses, yeux cernés, peu exeavés, langue légèrement froide, douleur épigastrique et abdominale. Peu à peu le pouls faiblit, la peau a moins de tonicité, les crampes et les vomissements continuent ainsi que la diarrhée, la langue devient froide, la voix devient plus eassée, les membres supérieurs et inférieurs se refroidissent et offrent des marbrures violacées, les yeux s'excavent, le malade est très agité ; il a des garde-robes sanguinolentes. Cet état dure deux jours ; puis l'amélioration survient graduellement et M... put sortir guéri le 27 juillet 1892. L'examen bactériologique a révélé la présence du bacille-virgule.

Obs. LVI. — *Choléra. Guérison.* — Femme Le C..., 25 ans, 150, route de la Révolte, à Saint-Denis, entre au pavillon le 21 juillet 1892. Arrivée de Bretagne il y a neuf mois. A encore vaqué à son ouvrage au lavoir le 20 juillet. Le soir de ce jour elle sentit un malaise général : elle avait froid. Vers minuit elle fut prise de coliques et de diarrhée ; puis survinrent des vomissements et des crampes dans les jambes. Se sert d'eau de Seine ou d'eau prise à un puits dans la cour de son logement. Yeux cernés et très excavés, langue froide, facies grippé, cris plaintifs, peau sans tonicité, mains légèrement froides et un peu cyanosées ; membres inférieurs cyanosés légèrement, mais tièdes ; pouls faible, fréquent ; vomissements et selles répétés, anurie, soif ardente. Lorsque les vomissements ont cessé, il est survenu un hoquet qui a duré plus de 30 heures ; puis, après plusieurs alternatives, la malade s'est rétablie et a pu sortir guérie le 28 juillet. L'examen bactériologique a décelé la présence du bacille-virgule.

Obs. LVII. — *Choléra. Décès.* — R... J., 19 ans, 8, rue de la Charronnerie, entre dans le service le 26 juillet, à 6 heures du soir. Boit de l'eau de Seine ; travaille dans l'usine C. et B. sur les bords de la Seine (voir Obs. XVIII, XL, XLIV). Est mal logé et se nourrit d'une façon très défectueuse. Yeux cernés, caves ; faeies tout à fait hippocratique, langue froide, pouls filiforme, voix cassée, douleur épigastrique et abdominale ; peau presque sans tonicité, membres supérieurs et inférieurs se refroidissent et sont violacés ; selles riziformes, transparentes, vomissements incessants, verts ; anurie, soif excessive, agitation extrême, délire. A 5 heures du soir, le 28 juillet, T. R. 39°,4. Décès à 7 h. 1/2. Post mortem, T. R. 40°, T. A. 38°,6. A l'examen bactériologique on a trouvé le bacille-virgule.

Autopsie. — Nombreuses et très solides adhérences pleurales. Estomac avec plaques de piqueté hémorrhagique. Foie gras ; vésicule biliaire très distendue. Reins un peu congestionnés. Rate volumineuse, très diffluente ; pas d'urine dans la vessie. Intestin congestionné offre la couleur hortensia et une très belle psorentérie.

Obs. LVIII. — *Choléra. Décès.* — Femme M..., née F..., 61 ans, 23, avenue de Paris, à Saint-Denis, entre dans le pavillon le 28 juillet, à 7 h. 1/4 du soir. Se sert quelquefois d'eau de Seine, dont il y a une concession danssa maison. Va souvent au lavoir à la Plaine-Saint-Denis. Soignait depuis huit jours sa jeune fille qui avait la cholérine et dont l'état aujourd'hui est satisfaisant. Habite le rez-de-chaussée d'une maison où il y a environ 40 locataires. A été prise subitement de diarrhée et de vomissements le 28 juillet à 10 heures du matin. Puis survinrent crampes, voix cassée, yeux excavés, pouls imperceptible, peau sans tonicité, algidité, légère cyanose, anurie, soif ardente, selles transparentes, riziformes, mais très rares. A l'arrivée elle est dans le collapsus. T. R. 38°,5. Décès le 28 juillet à minuit. Post mortem, T.R. 41°,7, T. A. 39°,5.

Nécropsie. — Reins néphrite interstitielle ; vésicule biliaire très distendue ; foie gras. Cœur flasque. Quelques adhérences pleurales. Rate volumineuse, diffluente ; intestin grêle (iléon) ratatiné. Pas d'urine dans la vessie. Couleur hortensia de l'intestin et psorentérie.

Obs. LIX. — *Choléra. Décès.* — M... T., 60 ans, 23, avenue de Paris, à la Plaine-Saint-Denis, entre au pavillon le 28 juillet, à 8 heures du soir. Mari de la femme M... (Obs. précédente, LVIII). Sobre, se nourrit bien. Travaille comme terrassier sur la ligne du Nord, à la Chapelle. A bien déjeuné le 28 juillet à midi. A 5 h. 1/2, on le ramène, il venait d'être pris subitement de légère diarrhée. Impossible d'avoir des renseignements précis sur l'eau qu'il consommait. D'après la propriétaire une concession d'eau de Seine existe dans sa maison. Buvait d'une eau prise sur la voie ferrée (très probablement de l'eau de Seine). Aussitôt étaient survenus quelques vomissements et des crampes, et une faiblesse extrême. Amené à l'hôpital dans un demi-collapsus : T. R. 36°,8. Yeux cernés, excavés, langue froide, peau sans tonicité, algidité, cyanose, pouls presque imperceptible. Ni selles, ni vomissements, ni diarrhée. Décès dans le collapsus, à minuit. Post mortem, T. R. 40°,3, T. A. 38°,5. Selles recueillies à l'heure du décès, claires, transparentes, riziformes.

Autopsie. — Adhérences pleurales au sommet du poumon droit et surtout du poumon gauche. Cœur flasque, sang noir. Rate volumineuse, non friable. Reins gras congestionnés. Pas d'urine dans la vessie. Foie légèrement gras. Couleur hortensia de l'intestin et psorentérie.

Obs. LX. — *Choléra. Décès.* — Femme B..., née E..., 36 ans, chemin de la Justice, 6, à la Plaine-Saint-Denis, est entrée au pavillon le 27 juillet. Boit de l'eau de Seine ou de l'eau d'un puits situé dans la cour non loin des fosses d'aisances. Est allée à Aubervilliers le 25 juillet, aider son mari aux travaux de la moisson. A bu beaucoup d'eau. Allaite un enfant de 17 mois ; se prive sur la nourriture. Début de la diarrhée le 26 juillet au matin. A son arrivée, T. R. 36°,6. Yeux cernés, excavés ; facies grippé, cyanosé ; langue froide ; algidité, soif ardente, anurie, pouls fréquent, crampes, vomissements, diarrhée. Peu à peu aggravation de ces symptômes, douleur en ceinture épigastrique, abdominale, crampes, cyanose, respiration gênée, saccadée et enfin décès le 29 juillet, à 5 heures et demie du soir. Le matin, T. R. 37°,7. Post mortem, T. R. 39°,7. T. A. 38°,7.

Autopsie. — Congestion des poumons et des reins. Cœur flasque, sang sépia. Rate diffluente. Couleur hortensia de l'intestin et psorentérie.

Obs. LXI. *Choléra. Guérison.* — R... J., 38 ans, 38, rue du Landy, à la Plaine, entre dans le pavillon le 23 juillet. Travaille à Saint-Gobain, dans les engrais, à une chaleur torride. Se nourrit avec économie exagérée. Boit quelquefois de l'eau de Seine. Début de la diarrhée le 21 juillet au soir ; le 22 juillet, diarrhée, céphalée, vomissements ; le soir, crampes. A son arrivée, yeux cernés, caves, un peu hagards, courbature générale, dessous de la langue froid, soif ardente, anurie, membres supérieurs et inférieurs plutôt froids. Douleur épigastrique, abdomen empâté, diarrhée intense, claire, grisâtre, floconneuse. Après quelques alternatives, ce malade sort guéri le 30 juillet. L'examen bactériologique a révélé la présence du bacille-virgule.

Obs. LXII. — *Choléra. Guérison.* — C..., F., 47 ans, 45, avenue de Paris, entre le 15 juillet au pavillon. Habite dans une maison où il y a vingt-cinq ménages. Boit au moins trois litres de vin par jour et fait usage, chez lui, d'eau de Seine. Dès le 10 juillet a commencé à souffrir de courbature générale, de perte d'appétit et de diarrhée (8 à 10 selles par jour). Continuait quand même à aller travailler à Paris, rue de Hambourg. Le 14 juillet, la diarrhée a augmenté d'intensité, puis sont survenus des vomissements et des crampes très douloureuses. Ses souffrances ont été telles que, le 15 juillet, il était à peine reconnaissable ; à cela s'ajoutait une soif intense qui le poussa à boire une quantité inconsidérée d'eau de Seine. La peau a

perdu beaucoup de sa tonicité, les yeux cernés ne sont pas excavés; il se plaint d'une céphalalgie intense; la langue est tiède, le facies congestionné, le pouls assez plein, mais lent; les ongles des doigts et des orteils sont violacés, les membres inférieurs cyanosés; soif ardente, urines rares, légère douleur épigastrique et abdominale. Pendant plusieurs jours, ce malade est dans un état de prostration et de faiblesse qui ne disparaissent que très lentement; il sort guéri le 31 juillet. L'examen des selles a montré le bacille-virgule.

Obs. LXIII. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.* — Femme Le P..., 35 ans, boulevard Ornano, 169, à Saint-Denis, est entrée dans le pavillon le 25 juillet. N habite Saint-Denis que depuis 3 mois, venant de la campagne; la maison où elle habite est très peuplée et mal entretenue; on n'y fait usage que d'eau de Seine. Ne se nourrit pas bien. Le 23 juillet, au matin, a eu de la diarrhée; quelques jours auparavant, son mari avait lui-même souffert de cette affection. Le 24 juillet, vomissements; puis survinrent des crampes qui la firent souffrir toute la nuit du 24 au 25 juillet. Le 25, continuation de la diarrhée et des vomissements. A son arrivée, T. R. 37°,6, yeux cernés non excavés, langue tiède, voix légèrement affaiblie, pouls assez plein mais un peu lent, membres supérieurs chauds, membres inférieurs tièdes, urines rares, soif modérée; selles peu nombreuses, pas de vomissements. Sort guérie le 31 juillet.

Obs. LXIV. — *Diarrhée cholériforme. Guérison.*— S... E., 10 ans, 153, boulevard Ornano, à Saint-Denis, entre le 22 juillet dans le pavillon. Nourriture mauvaise; mange souvent de la salade lavée avec de l'eau de Seine qui sert pour toute la cuisine; mal logé: ils habitent dix dans trois petites pièces. Sa grand'mère, la femme A... (Obs. suivante LXV) est entrée à l'hôpital le 21 juillet comme ayant le choléra. A l'arrivée, T. R. 37°,2, présentait de la diarrhée, des vomissements et des crampes assez vives. Avait été pris subitement le matin à 7 h. Le facies est bon, la langue chaude, le pouls plein; les vomissements et surtout la diarrhée bilieuse, jaunâtre, persistent quelques jours, pour s'amender ensuite assez rapidement et permettre au malade de sortir guéri le 31 juillet.

Obs. LXV. — *Choléra. Décès.* — Femme A..., 70 ans, 153, boulevard Ornano, à Saint-Denis, entre à l'hôpital le 21 juillet. Mal nourrie, mal logée, eau de Seine (voir Obs. précédente). A eu le choléra à Toulon en 1857 et une fluxion de poitrine il y a 7 ans. Habituellement très bien portante. Les 17 et 18 juillet a eu des coliques et de la diarrhée; le 19 se portait bien; le 20, la diarrhée reparait, puis la nuit des vomissements incessants et le 21 au matin des crampes. A son arrivée, T. R. 37°, amaigrissement considérable, yeux très cernes et profondément excavés, langue froide, voix éteinte, pouls perceptible mais faible, peau sans tonicité, douleur épigastrique et abdominale, membres supérieurs et inférieurs froids légèrement cyanosés, crampes très douloureuses, diarrhée et vomissements. Ces symptômes, après être restés plusieurs jours stationnaires, paraissaient devoir s'amender lorsque, le 28 juillet, on constata le début d'une parotidite infectieuse qui emporta la malade le 31 juillet, à 10 heures du matin. Avant la mort, T. R. 37°,2. Apres la mort, T. R. 37°,5. T. A. 36°,8. L'examen bactériologique a démontré la presence du bacille-virgule dans les dejections de cette malade.

Cette nouvelle série d'observations fournit une confirmation très nette des déductions que nous avons tirées dans notre premier article. L'influence nocive de l'eau de Seine ou d'Oise devient de plus en plus manifeste à mesure que nous enregistrons de nouveaux cas: la plupart de nos malades viennent des quartiers privés d'eau artésienne et surtout de ceux où arrive le plus directement l'eau de Seine puisée dans le bras touchant à Saint-Denis. La qualité de cette eau est au-dessous de ce qu'on peut imaginer; ce n'est même plus une eau fluviale, c'est une eau d'egout noirâtre, vaseuse: des bulles de gaz putrides crèvent à sa surface où flottent également tous les résidus habituels de grandes villes,

Il est vraiment inouï que l'Administration laisse puiser pour la consommation une pareille eau, propre à peine aux usages industriels; et nous appuyons de toutes nos forces le vœu pris récemment par la Société de Médecine publique sur la proposition de MM. Le Roy des Barres, Hellet et Bechmann, vœu tendant à la suppression pure et simple des prises d'eau de Saint-Denis et d'Epinay.

Nous aurons l'occasion de revenir ailleurs sur le traitement auquel nous avons eu recours; indiquons-en seulement les grandes lignes aujourd'hui: dans les cas graves, alors que l'estomac rejette absolument tous les ingesta, que le pouls est à peine ou n'est même plus perceptible, nous faisons alterner d'heure en heure, ou même à des intervalles plus rapprochés, les injections sous-cutanées de caféine et d'éther et combattons l'algidité par les moyens habituels (frictions énergiques, boules d'eau chaude, etc.). Lorsque le malade garde les boissons, nous administrons l'acide lactique en limonade à la dose de 10 à 15 grammes (les doses supérieures ont été vomies ou ont augmenté la diarrhée). Il nous a semblé que ce médicament agissait heureusement dans la période de diarrhée prémonitoire, surtout avant l'algidité. Si l'abattement est considérable, nous administrons la liqueur d'Hoffmann; si la douleur l'emporte, l'élixir parégorique.

Mais l'emploi des mesures préventives doit, bien entendu, occuper la première place; aussi bien la Municipalité de Saint-Denis a-t-elle joint aux mesures de désinfection la fermeture des bouches d'eau de Seine et le transport biquotidien d'une provision d'eau artésienne dans les quartiers qui en sont privés. Déjà le résultat de ces mesures hygiéniques est favorable et le nombre des malades amenés à l'Hôpital est en décroissance depuis quelques jours.

Banquet Dumontpallier. — Les anciens élèves et amis de M. Dumontpallier se sont réunis le mardi 19 juillet, à 7 heures, au restaurant Ledoyen, avenue des Champs-Elysées, pour célébrer sa récente nomination à l'Académie de Médecine.

Distinctions honorifiques. — Est nommé *Officier de la Légion d'honneur*: M. le Dr Catelan, médecin sanitaire de France à Alexandrie. Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'honneur*: M. le Dr Pouchet (Gabriel), professeur à la Faculté de médecine; M. le Dr Baréty, membre du Conseil général des Alpes-Maritimes; M. le Dr Guillaume, membre du Conseil général du Cantal, maire de Saint-Bonnet-de-Salers; M. le Dr Guignard, maire d'Angers. M. le Dr Duché, membre du Conseil général de l'Yonne, est nommé *Chevalier du Mérite agricole*.

Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. — M. X..., pharmacien, recevait, il y a quelques jours, la visite d'un individu qui lui demandait trois bouteilles d'une liqueur spéciale. M. X..., en demanda au dépôt. Le client qui avait fait la commande n'étant pas revenu, M. X... voulut restituer les bouteilles au pharmacien depositaire; mais celui-ci ne l'entendit pas ainsi et refusa net. Sur ces entrefaites, d'autres pharmaciens vinrent pour rapporter des flacons de la même liqueur qui leur avait été demandes de la même façon et qui étaient restés invendus; ils éprouvèrent le même refus. A ce moment, un garçon de laboratoire entra dans la boutique et tous les pharmaciens reconnurent en lui l'homme qui avait fait les commandes. Ils se rendirent au bureau du commissaire de police du quartier pour l'informer de ce fait et se plaindre du procede employe par le dépositaire. Une enquête ouverte a fait connaitre que le dépositaire n'était pas pourvu du diplome de pharmacien et qu'il donnait des consultations gratuites bien qu'il ne fut ni docteur en médecine ni officier de santé. Procès-verbal a été dressé contre lui pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Erreur d'un élève en pharmacie. — L'élève en pharmacie F..., de Rouen, qui avait été condamné à trois mois de prison avec application de la loi Bérenger, pour avoir fabriqué et vendu une limonade purgative dont l'effet fut mortel au malade, avait fait appel de ce jugement. La cour d'appel de Rouen, après supplément d'enquête, a non seulement confirmé le jugement de première instance, mais elle a décidé que, le cas étant particulièrement grave, il n'y avait pas lieu de faire bénéficier de la loi Bérenger. En conséquence, l'élève en pharmacie devra faire ses trois mois de prison. J'avoue que je ne saisis pas pourquoi cet élève n'a pas été admis à bénéficier de la loi Berenger.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès français de Médecine mentale à Blois.

3e Session. — 1 - 6 *août* 1892.

Le 3e Congrès français de Médecine mentale s'est ouvert, le 1er août, à trois heures, dans la nouvelle salle des séances de l'Hôtel de ville de Blois, sous la présidence de M. Théophile Roussel, sénateur, assisté de M. le Dr Dufay, sénateur de Loir-et-Cher et de M. Bouchereau, médecin en chef de Sainte-Anne.

M. le préfet de Loir-et-Cher a souhaité d'abord la bienvenue aux membres du Congrès. Puis M. Bouchereau, président du Comité d'organisation, a remercié M. le préfet.

M. Albert Carrier (Lyon) a lu un rapport sur le compte rendu financier du Congrès de Lyon.

M. Théophile Roussel a été désigné, par acclamation, pour diriger les travaux du Congrès. Il a remercié ses collègues de ce grand honneur et rappelé les progrès considérables de la médecine mentale.

Les congressistes de France étaient au nombre de quatre-vingt-trois. Nous avons remarqué la présence de quelques aliénistes de langue française, venus de l'étranger. Nous citerons, entre autres, MM. Semat (de Mons), Ladame (de Genève), Delaunay (médecin de l'asile de Froidemont, en Belgique), Morois (Québec).

Ont été élus par acclamation : président du Congrès, le Dr Théophile Roussel, membre de l'Académie des sciences morales et politiques, sénateur de la Lozère ; vice-présidents, MM. Parant (Toulouse), Carrier (Lyon), Giraud (Rouen), Samuel Garnier (Dijon) ; secrétaire général, M. Doutrebente (Blois) ; secrétaires des séances, MM. Thivet (Blois), Marie (Evreux).

Ont été nommés, par acclamation, présidents d'honneur : MM. le préfet de Loir-et-Cher, le maire de Blois, Calmert, Delasiauve, Monod, Brouardel, Ball, Falret, Bouchereau et Dufay, sénateur.

On trouvera plus loin l'analyse (1) des communications qui ont été faites dans les premières séances.

Les Médecins Conseillers généraux.

Renouvellement d'août 1892.

Dimanche dernier ont eu lieu, dans les départements, de nombreuses élections pour les Conseils généraux. Nous donnons plus loin (2) la liste, aussi complète que possible, des médecins qui ont eu le bonheur de triompher et ont désormais l'honneur de représenter leurs concitoyens dans les Assemblées départementales.

Il nous a semblé intéressant de dresser à ce propos une petite statistique, qui aura peut-être (nous ignorons pourtant si pareille tentative a jamais été faite) le mérite de la nouveauté. En tout cas, voici de quoi il s'agit.

Nous avons d'abord eu la curiosité de rechercher dans quels départements on n'avait pas élu de médecins. Il y en a environ une quarantaine. Par contre, une quarantaine de départements en ont nommés. La proportion est donc de moitié environ. Mais il ne faut pas oublier que nous n'avons affaire qu'à des élections partielles. S'il se fût agi d'un renouvellement généralisé à tous les cantons de France, il est probable qu'il n'y aurait pas eu un département où nous n'ayons rencontré le nom d'un médecin.

Pourtant il en est où, même avec une élection partielle, on en trouve plusieurs ; il est vraiment curieux de les citer. Ce sont en effet la Corrèze, 2 ; la Dordogne, 3 ; le Puy-de-Dôme, 3 ; et la Vendée, 3. On remarquera qu'il s'agit là de départements absolument analogues, dépourvus de grandes villes et d'industries importantes, de départements où abondent les cultivateurs. C'est dans de telles contrées, d'ailleurs, que le médecin est appelé à jouer, au point de vue politique et social, le rôle le plus important. Aussi, dans les gros bourgs gagnés à la cause républicaine, le voit-on peu à peu dominer et gagner en influence, en raison de sa profession, sur les représentants de la religion et leurs suppôts.

Un exemple frappant mérite à ce sujet d'être rapporté. Dans une bourgade importante de Vendée, où régnait jadis le député royaliste vendéen bien connu, vient d'être nommé maire un médecin distingué de nos amis.

D'un autre côté, sur les 44 noms que nous avons relevés, nous n'avons trouvé que quatre conseillers généraux qui ne soient pas républicains : ils représentent des cantons des départements de l'Aveyron, de la Corse, de la Nièvre, de la Vendée... Il en reste donc quarante sur la liste gouvernementale. C'est un joli chiffre, qui fait honneur à notre profession, qu'on n'a pas en vain qualifiée de libérale.

Il est bien certain qu'un plus grand nombre de nos confrères seraient aptes à remplir de telles fonctions, à défendre au chef-lieu de leur département les intérêts de leurs concitoyens. Malheureusement beaucoup d'entre eux n'ont pas une situation de fortune telle qu'ils puissent affronter les aléas de la politique, sans faire courir de risques à leur modeste clientèle. Ceux-là doivent se consoler et prendre patience. Si le démon du forum ou de l'agora les agite, peut-être un jour pourront-ils, assurés contre le besoin, défendus par les syndicats médicaux qui, sous peu, vont être autorisés, se lancer à leur tour dans l'arène et remporter de semblables triomphes, jouir de semblables honneurs, auquel les désignera toute une vie de probité et de travail.

Marcel Baudouin.

(1) Voir page 96.
(2) Voir page 105.

Distinctions honorifiques. — *Chevaliers du Mérite agricole.* — MM. les Drs Boell (de Baugé) ; J.-E. Bury (de Distré) et Rolland (de Montpezat) sont nommés *chevaliers du Mérite agricole.*

Électrocution. — Après avoir été fort désappointés dans leurs premiers essais pour substituer l'électrocution à la pendaison, les Américains semblent devoir être parfaitement satisfaits. L'auteur d'un rapport officiel sur la question chante les bienfaits de la nouvelle méthode, et tous les médecins qui ont suivi les dernières exécutions se joignent à lui. (*Rev. scient.*).

Médecins des Lycées. — M. le Dr Roux (de Brignoles), professeur suppléant à l'École de médecine, médecin adjoint au lycée de Marseille est nommé médecin du dit lycée, en remplacement de M. le Dr Villeneuve, démissionnaire. M. le Dr Laplane, professeur suppléant à l'École de médecine est nommé médecin adjoint au lycée de Marseille, en remplacement de M. le Dr Roux (de Brignoles), appelé à d'autres fonctions.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

3e Session : Blois 1892.

Séance du lundi 1er août. — Présidence de M. Th. Roussel.

Première question : *Du délire des négations; sa valeur diagnostique et pronostique.*

M. Camuset (Bonneval), rapporteur. — L'historique du délire des négations est des plus restreints et, depuis 12 ans, époque à laquelle parut le premier mémoire de Cotard sur le sujet, on ne peut réunir sur la matière qu'un petit nombre de travaux dus à Cotard, à M. Séglas, des observations isolées (thèse de M. Journiac), si bien que la question ne semble pas avoir progressé beaucoup.

Pour Cotard, le délire des négations est une psychopathie comparable au délire des persécutions de Lasègue. Dans un premier travail, il ne considère ce délire hypochondriaque spécial que comme un symptôme de certains cas graves de mélancolie anxieuse, devant passer à l'état chronique; dans son second mémoire plus complet, il croit devoir isoler décidément cette espèce de lypémanie, qu'il décrit comparativement au délire des persécutions. Le rapporteur rappelle les principaux symptômes et l'évolution du délire des négations, d'après Cotard. Au début, on observe surtout de l'hypochondrie morale, tandis que, chez les persécutés, ce sont des préoccupations hypochondriaques d'ordre physique. Puis surviennent de l'anxiété, des gémissements, ou bien de la stupeur, ou des alternatives d'anxiété et de stupeur. Les malades ont un délire franchement mélancolique avec idées d'indignité, d'incapacité, de culpabilité, de damnation, de possession ; les persécutés, au contraire, rapportent toutes leurs souffrances à des influences extérieures. Les négateurs se suicident souvent, se mutilent ; à l'inverse des persécutés, ils deviennent rarement homicides. Ils sont fréquemment analgésiques : les hallucinations de l'ouïe manquent souvent ou sont simplement confirmatives des idées délirantes, en sorte qu'il n'y a pas de dialogue entre eux et leurs interlocuteurs invisibles ; les hallucinations visuelles sont, au contraire, fréquentes. A ce moment, l'hypochondrie physique se manifeste par des idées de destruction, de non-existence des organes ; certains malades se croient morts, d'autres immortels ; et, fait important à noter, ces derniers gémissent de leur immortalité au lieu de la considérer comme un privilège; même alors, ils restent mélancoliques. Les persécutés, à l'inverse des négateurs, présentent d'abord de l'hypochondrie physique, puis de l'hypochondrie morale. La négation peut porter aussi sur le monde extérieur, devenir même universelle. Les négateurs présentent encore fréquemment de la folie d'opposition, manifestation extérieure de leur délire. Ils refusent fréquemment les aliments ; et ce refus est alors total, tandis qu'il est partiel chez le persécuté à idées d'empoisonnement. La marche de ce délire est d'abord franchement intermittente, puis continue, pour aboutir à la démence. Il évolue continuellement sur un fonds d'anxiété qui disparait avec l'arrivée de la démence. Dans les périodes avancées, on rencontre un délire pseudo-mégalomaniaque qui n'est, en réalité, qu'un délire mélancolique à rapprocher des idées d'immortalité et que Cotard a désigné du nom de délire d'énormité. Il faut noter cependant qu'il existe des cas très rares, il est vrai, où le délire d'énormité se transforme lui-même en véritable délire des grandeurs.

Dès le début, les négateurs sont d'un caractère timide, taciturne, scrupuleux ; chez ces prédisposés, le délire des négations peut se déclarer de plusieurs manières ; quelquefois brusquement, à l'âge moyen de la vie, il peut alors évoluer et guérir rapidement, mais les rechutes sont probables, car ce délire se rattache aux vésanies d'accès ou intermittentes ; par la suite, il s'établit définitivement sous une forme plus ou moins rémittente. Le plus souvent, il n'apparaît qu'au 2e ou 3e accès de mélancolie. Le pronostic de l'accès est surtout fâcheux quand on voit diminuer l'intensité du trouble mélancolique général avec persistance des idées délirantes qui se systématisent alors. Les négateurs sont des héréditaires à développement exagéré de ces mêmes qualités morales dont l'avortement, chez d'autres, explique la vie désordonnée.

Le délire des négations, d'après Cotard, se présente à l'état de simplicité, se rattachant alors aux vésanies intermittentes. Il peut être symptomatique de paralysie générale ; il peut aussi s'associer au délire de persécution. Enfin, il évolue parfois sur un fonds hystérique.

Les idées de négation sont l'expression de troubles subjectifs divers, mais de nature identique ; aussi bien que le fonds délirant soit le même, elles se manifestent sous des formules différentes. On peut ainsi distinguer : 1° des idées hypochondriaques de négation, comme celles que Baillarger a signalées dans la paralysie générale. Elles peuvent intéresser la constitution physique ou la sphère intellectuelle et affective (négation des organes, des facultés, des sentiments) ; 2° puis il y a des idées de négation extériorisées, s'adressant au monde extérieur ; 3° et enfin des idées de négation d'ordre psychique et d'ordre métaphysique. Les malades nient leur personnalité physique et psychique, ils nient l'âme, Dieu, le diable, etc... A côté de ces idées de négation, on doit en placer d'autres qui ont avec elles une analogie véritable comme les idées d'énormité, d'immortalité, de possession, de damnation. C'est précisément cette combinaison fréquente d'idées hypochondriaques, de négation, de damnation, d'immortalité qui fut le point de départ des recherches de Cotard.

Quel est le processus physiologique aboutissant au délire des négations ? M. Séglas regarde ces idées comme des idées délirantes secondaires, dépendant de l'altération de la personnalité survenue par le fait de modifications de sa base organique et de la sphère affective et motrice de la vie psychique. A propos de la paralysie générale, M. Luys a donné une théorie à peu près semblable.

Les exemples que Cotard a donnés à l'appui de ses idées sont parfaits d'analyse psychologique : mais les conclusions sont, dit M. Camuset, trop absolues. Il a trop généralisé, le délire des négations n'est pas une entité. Les idées de négation ne sont pas rares, mais le type délirant de Cotard avec ses symptômes complets et l'ordre de succession de ces derniers s'observe rarement. A l'appui de cette manière de voir, M. Camuset rapporte très succinctement 28 observations de malades ayant présenté des idées de négation : si quelques-uns se rapprochent ou se confondent avec ceux de Cotard, d'autres en diffèrent par différents points. Le rapport se résume dans les conclusions suivantes :

1° D'une façon générale, et quelle que soit la forme ou l'intensité de leur affection, les mélancoliques sont négateurs. Il n'en est pas de même des persécutés ; 2° Les idées délirantes de négation, isolées ou plus ou moins systématisées, se manifestent souvent dans le cours de la mélancolie avec anxiété et gémissements ; 3° Dans certains cas de mélancolie avec grande anxiété, on observe parfois cette association d'idées de négation, de damnation ou de possession et d'immortalité, si bien étudiée par Cotard, mais il ne semble pas que ces cas aient des caractères assez spécifiques toujours, pour qu'il soit légitime de les réunir en une espèce nosologique nouvelle ; 4° Dans les états mélancoliques, les idées de négation indiquent un trouble plus profond que celui accusé par les idées de ruine, d'impuissance et de culpabilité ordinaires ; mais quand ces idées de négation se manifestent, il ne semble pas que le pronostic de l'affection en soit beaucoup aggravé. Le pronostic dépend avant tout de l'espèce nosologique sur laquelle se sont entées les idées délirantes spéciales. C'est ainsi que les vésanies de forme intermittente, avec idées de négation, ne guérissent pas, alors que certains accès de mélancolie avec angoisse, culpabilité imaginaire, idées de damnation, de possession, de négation, d'immortalité et de suicide, survenus à l'époque de la ménopause, parfois à l'époque moyenne de la vie et sous l'influence d'une cause vulgaire, sont assez souvent curieux ; 5° Il est à remarquer que la grande majorité des observations recueillies jusqu'à présent ont trait à des femmes, la mélancolie

est du reste plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; 6° Il est aussi à remarquer que dans presque toutes les observations que nous avons pu réunir, quand les antécédents de famille des malades sont connus, la tare héréditaire de ceux-ci est lourde ; 7° Dans les folies séniles, de forme dépressive, on note assez souvent des idées de négation isolées ou systématiques ; 8° Les sujets destinés à devenir négateurs sont naturellement timides, sombres, taciturnes, quelquefois ils présentent des symptômes épisodiques de la dégénérescence intellectuelle. Cette proposition ajoutée aux deux propositions qui précèdent semble indiquer que le délire des négations est l'apanage des cerveaux invalides ; 9° On observe les idées de négation dans les états mélancoliques anxieux. Ils se combinent souvent alors à des idées de damnation, de possession ou d'immortalité, et il en résulte un tableau clinique particulier : mais bien souvent cette combinaison délirante est incomplète ou manque complètement, les malades ne se croient ni possédés ni immortels. On les observe aussi dans la paralysie générale ; nous ne les avons jamais vus dans cette affection s'accompagner d'idées d'immortalité ni de possession. On les rencontre enfin dans certains délires hypochondriaques, sans anxiété ni angoisse des délires intellectuels. Nous avons déjà signalé leur manifestation dans la folie sénile et démentielle ; 10° Le délire hypochondriaque de la paralysie générale, quand il se prolonge, imprime une rapidité plus grande à la marche de cette affection.

M. Régis. — L'histoire du délire des négations tient tout entière dans quatre travaux de Cotard, corroborés par M. Séglas. De l'ensemble de ces travaux se dégagent très nettement certaines données qui peuvent être résumées ainsi qu'il suit :

1° Il existe un état psychopathique essentiellement caractérisé par de l'anxiété mélancolique ; de l'analgésie ; de la propension au suicide et aux mutilations volontaires ; des idées hypocondriaques de non-existence et de destruction d'organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu ; des idées de damnation et de possession ; des idées de ne pouvoir jamais mourir ; état de chronicité spécial à certaines formes graves de mélancolie anxieuse, intermittente ou par accès. Cet état psychopathique, appelé par Cotard *délire des négations*, du nom d'un de ses éléments principaux, n'a pas été considéré par lui comme une entité morbide, mais, suivant son expression, « comme un état psychique propre aux anxieux chroniques. »

2° En dehors de ces variétés de mélancolie anxieuse grave où il se présente sous une forme simple, concrète et pour ainsi dire typique, le délire des négations peut, comme l'a fait remarquer Cotard, s'observer encore dans d'autres maladies mentales, notamment dans la paralysie générale, l'hystérie et certaines aliénations complexes, tenant à la fois du délire de persécution et de la mélancolie. Mais, ici, il se limite le plus souvent à quelques-uns de ses phénomènes constitutifs, particulièrement aux idées hypocondriaques de non-existence ou de destruction générale ou partielle de l'individu.

C'est en ces termes que peut être résumée l'œuvre de Cotard. Il ne semble pas, dans ces conditions, que cette œuvre ait subi une atteinte sérieuse de la remarquable étude critique de M. Camuset, et tout ce qu'on pourrait dire, en se basant sur l'ensemble des documents rassemblés dans son rapport, c'est que l'idée hypocondriaque de négation, comme toutes les idées délirantes, quelles qu'elles soient, se rencontre plus ou moins fréquemment à titre de symptôme dans un grand nombre de maladies mentales diverses, tandis que sous sa forme typique, c'est-à-dire jointe aux autres éléments du syndrome et compliquant la mélancolie anxieuse chronique, elle paraît beaucoup plus rare.

Rare ou non, et elle l'est peut-être moins qu'il ne nous paraît, la mélancolie anxieuse chronique avec délire des négations n'en existe pas moins d'une façon certaine. Les observations de Cotard et celles de M. Séglas ne peuvent laisser aucun doute à cet égard et d'autres viendront certainement les confirmer. En voici une absolument typique.

M. Régis communique ici une observation de mélancolie anxieuse intermittente, avec délire des négations, qui réalise de la façon la plus complète la description donnée par Cotard. On y retrouve, en effet, tous les symptômes indiqués par lui comme appartenant à cet état psychopathique :

1° Anxiété mélancolique ; 2° Idées de damnation et de possession (la malade croit qu'elle est le diable ou quelque chose du diable) ; 3° Propension au suicide et aux mutilations volontaires ; 4° Analgésie ; 5° Idées hypocondriaques de non-existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier de l'âme, de Dieu (la malade dit qu'elle n'a ni yeux, ni tête, ni cheveux, ni langue, ni cœur, ni aucun organe ; elle est en pierre, en matière inerte, une statue, espèce de chose ou de saleté) ; 6° Idée fixe de ne pouvoir jamais mourir (la malade croit qu'étant en pierre, en matière inerte, elle ne mourra jamais, ce qui la désole et fait son malheur).

M. J. Séglas (Paris). — On ne peut qu'applaudir à la réserve précédente qu'a observée M. Camuset dans son rapport, car la question du délire des négations est toujours à l'étude et ne peut être résolue dans un sens ou dans l'autre d'une façon présomptoire.

Le principal reproche fait à Cotard est de s'être montré trop généralisateur ; le délire des négations n'est pas une entité et, à côté des cas représentant l'évolution typique de Cotard, M. Camuset montre qu'il en est d'autres dont le tableau clinique est différent. Sans aucun doute ; mais est-ce une raison suffisante pour y voir une contradiction aux idées de Cotard. Ces cas différents ne seraient-ils pas seulement de simples variations du type décrit par lui. Le délire des négations représente aujourd'hui ce qu'était le délire des persécutions du temps de Lasègne, et des recherches ultérieures nous ont permis de distinguer des variétés parmi les délires de persécution qu'il avait décrits en bloc ; et la distinction de ces variétés a fait disparaître les contradictions et les lacunes de son premier travail.

Il importe donc d'établir un groupement parmi les négateurs, une fois qu'on a reconnu qu'il existe bien des cas correspondant à la description de Cotard. Tout d'abord, il peut s'agir de simples idées de négation ou d'un délire négatif plus ou moins systématisé.

1° *Idées de négation.* — Elles se rencontre surtout sous le délire hypochondriaque de la *paralysie générale*, signalé par Baillarger. Elles ne sont pas pathognomoniques comme il le croyait ; mais dans ce cas elles revêtent toujours les caractères diagnostics d'absurdité, de mobilité, de diffusion, de contradiction propres aux délires paralytiques. De plus, ce délire spécial débute alors soudainement et l'indifférence des malades contraste avec leurs idées hypochondriaques.

Ces mêmes caractères peuvent aussi s'appliquer aux idées de négations que l'on rencontre dans les *délires polymorphes des faibles d'esprit,* ainsi que le prouve une observation que lit M. Séglas. Aussi, pour trancher le diagnostic, les signes pathognomoniques habituels de la paralysie générale peuvent-ils être nécessaires.

Les idées de négation se rencontrent aussi chez les *séniles* et dans plusieurs circonstances ; tantôt en rapport avec la démence sénile simple, résultat d'ammésies portant le malade à nier ce dont il ne se souvient plus : tantôt en rapport avec des phénomènes démentiels résultant de lésions localisées : tantôt faisant partie de la symptomatologie d'un accès vésanique à début tardif ; elles peuvent en ce cas se systématiser et l'on rentre alors dans les formes habituelles aux individus plus jeunes.

Enfin, les idées de négation ont été signalées aussi dans l'*alcoolisme.*

2° *Délires des négations systématisés.* — Il ne s'agit plus ici d'épisodes, mais de systèmes délirants : la plupart du temps on a affaire à des psychoses, et le plus fréquemment à la *mélancolie.*

A. — Les idées de négation ne sont pas rares chez les mélancoliques, mais ces mélancoliques négateurs doivent-ils former une classe à part ? M. Camuset pense que non, car tous ne présententent pas la symptomatologie et l'évolution typique des malades de Cotard. Mais vraiment s'en suit-il qu'ils doivent forcément imprimer les premiers et dans toutes les maladies n'existe-t-il pas des cas frustes à côté des typiques ? D'ailleurs les différences de symptomatologie se réduisant surtout à l'absence, tantôt des idées de damnation, ou de posses-

sion ou d'immortalité ont-elles l'importance que semble leur attribuer notre rapporteur Cotard ne paraît pas les avoir regardées l'une ou l'autre comme nécessaires : certains de ses malades ne les présentaient pas. Dans son principal travail sur le délire des négations, il s'attache avant tout à montrer la gradation qui mène de l'hypochondrie morale au délire des négations en passant par tous les délires mélancoliques ; il insiste sur le grand caractère d'*auto-accusation* de ces délires, mais ne met nullement en relief les idées de damnation. En fait cette idée, simple interprétation donnée par le malade de troubles psychopathiques plus profonds, n'a pas plus d'importance que l'idée de culpabilité ; ce n'est qu'une étiquette différente due au milieu, à l'éducation. De même l'idée de possession n'est pas indispensable et l'on peut même le plus souvent trouver son équivalent. Elle n'est que l'expression d'un dédoublement de la personnalité, de règle chez le mélancolique, mais dont les symptômes plus ou moins accentués peuvent ne pas être interprétés par le malade comme un fait de possession; mais le fonds est le même. Il n'y a qu'une différence de degré entre l'idée de possession formulée et la contradiction intérieure, les « impressions contraires » de certains malades : et de même entre certains symptômes du délire de possession tels que l'impulsion verbale et d'autre part l'hallucination verbale psycho-motrice, très fréquente chez le mélancolique, et même la conversation mentale. L'idée d'immortalité de son côté n'est pas plus nécessaire au diagnostic de délire des négations que l'idée de grandeur à celle de délire des persécutions. Elle semble n'être qu'une idée surajoutée, ne fait pas taire les autres idées délirantes, et comme le délire d'énormité, elle représentait pour Cotard une période très avancée du délire typique.

D'un autre côté, M. Camuset semble considérer comme contradictoires des cas présentant certaines différences d'évolution, telles que l'apparition précoce du délire de négation, sa guérison possible, la venue pêle-mêle des idées délirantes. Ne doit-on pas plutôt chercher à reconnaître là des variétés dont la cause resterait à déterminer, siégeant peut-être dans une intensité plus ou moins grande de la tare héréditaire, ainsi qu'il en arrive chez les persécutés pour lesquelles nous distinguons aujourd'hui certaines variétés différant par l'apparition successive ou simultanée des idées délirantes, par la marche plus ou moins rapide et régulière de l'affection, etc...

B. — Les idées de négation systématisées ne se rencontre pas que dans la mélancolie. Cotard l'avait déjà trouvé à côté d'idées de persécution. En Allemagne, Witkowski a décrit une modalité intermédiaire à la mélancolie vraie et à la Verrucktheit, comprenant les gens déprimés en permanence, certains négateurs, sceptiques, damnés, pourris, immortels. Krœpelin décrit une forme qu'il appelle Wahuseim depressider, où l'on rencontre des idées hypochondriaques, des idées d'auto-accusation, de culpabilité, de négation, d'énervosité, de grandeur. Cette forme, produit d'un cerveau peu valide, est distinguée par l'auteur de la mélancolie vraie, à cause de l'absence, au début, de phénomènes émotionnants.

Il existe des cas qui, sans rentrer dans ce cadre, nous montrent le délire des négations se développant en dehors de la mélancolie avec des caractères tout différents. A l'appui, je citerai le fait d'une malade de la Salpêtrière. Les premiers symptômes consistèrent dans des troubles de la sensibilité générale et viscérale, des hallucinations kinesthétiques ou motrices, mais aucun état mélancolique. Puis sont apparues des idées de possession et de négation ; la malade nie tout, elle n'a plus d'organes, plus de pensée, etc... Tout cela est le résultat de la magie faite par des prêtres qui la possèdent, parlant par sa bouche, voyant par ses yeux. Elle ne cesse de se plaindre, de réclamer vivement à haute voix et par écrit, de protester contre sa séquestration, de faire constater l'absence de ses organes, etc.

Les caractères cliniques de ce délire sont tout à fait différents de ceux du délire des négateurs mélancoliques. Il n'est plus secondaire à des troubles émotionnels, au lieu d'être monotones, il est progressif, sans aucun caractère d'humilité ; la malade ne s'accuse pas, mais accuse d'autres personnes ; elle n'est ni passive, ni résignée, mais proteste et résiste ; son délire, de plus, n'envisage jamais l'avenir, mais le passé.

Son délire se rapproche plutôt des délires des persécutés ; elle n'a pas cependant des idées véritables de persécution, mais des idées de possession qui ne sont pas primitives comme les précédentes, mais sont l'interprétation secondaire de désordres hallucinatoires, tout à fait différents de ceux des persécutés, car elle n'a que peu d'hallucinations sensorielles, mais surtout des motrices. Et cela dès le début, alors que chez les persécutés elles ne surviennent en général qu'assez tard. Il en est de même du dédoublement de la personnalité.

Les idées de négation sont rares chez les persécutés ; s'ils se plaignent parfois qu'on détruit leurs organes, qu'on enlève leur pensée, ils ne tardent pas à rentrer en possession de ce qu'on leur a pris. Lorsqu'on rencontre chez eux de véritables idées de négation, on trouve en même temps des phénomènes assez analogues à ceux de l'observation précédente, telles que les hallucinations kinesthétiques, des impulsions de toute espèce, signes d'un dédoublement de la personnalité et très voisin de l'idée de possession.

La présence de ces symptômes montrent qu'ici, comme chez le mélancolique, le délire des négations est, comme l'avait dit Cotard. d'origine psycho-motrice.

3° Le pronostic ne peut être aujourd'hui fixé d'une manière absolue. Les idées de négation hypochondriaque semblent indiquer un désordre plus profond, car elles sont en rapport avec des modifications de la base organique, première, de la personnalité. Le délire des négations, dans son ensemble, paraît entraîner un pronostic grave, mais cependant il est des cas de guérison. Le pourquoi de cette différence nous échappe encore et le pronostic doit s'inspirer surtout de la détermination de l'espèce nosologique et de la recherche minutieuse de tous les symptômes de l'affection. Il est à remarquer cependant que l'idée de négation semble être l'apanage de cerveaux invalides, soit congénitalement, soit à la suite de désordres psychiques antérieurs. On la rencontre dans les mêmes circonstances que les idées de grandeurs auxquelles elles peuvent être assimilées au point de vue du pronostic.

Nous pouvons, de ce qui précède, tirer les conclusions suivantes :

1° En dehors des idées de négation qu'on rencontre par exemple chez les paralytiques généraux. les faibles d'esprit, les séniles, il y a des délires de négation systématisée. 2° Il existe dans la science un nombre suffisant d'exemples de mélancoliques avec délire de négation systématisée, correspondant au type décrit par Cotard, et qui dès lors doit être conservé. 3° La présence des idées de damnation, de possession. d'immortalité même, n'est pas indispensable pour le diagnostic de ce délire de négation, lorsque l'on peut constater, soit des idées délirantes de même nature mélancolique, soit l'existence de troubles psychiques de même ordre, bien que moins accentués que ceux dont elles sont l'interprétation. 4° Il existe certainement des cas de mélancolie avec délire des négations dont l'aspect clinique et l'évolution diffèrent plus ou moins du délire typique de Cotard. Mais ces cas n'infirment pas les premiers ; ils doivent être considérés comme des cas moins complets, frustes, des variations que des recherches ultérieures préciseront dans leurs symptômes, leur marche, leur étiologie, ainsi qu'il a été fait pour les délires de persécutions. 5° Le délire des négations systématisé peut se rencontrer en dehors de la mélancolie, avec des caractères cliniques tout différents Certains cas sembleraient constituer des formes de passage entre les états mélancoliques et les délires de persécution. 6° Le pronostic du délire des négations ne peut être fixé d'une manière absolue, tant qu'on ne connaîtra pas mieux ses différentes variétés Tandis que certains négateurs guérissent, d'autres restent incurables. On ne peut que s'inspirer, pour le pronostic, de la détermination de l'espèce nosologique et aussi de tous les détails particuliers relatifs au malade et à la maladie. Toutefois, d'une façon générale, on peut dire que l'idée de négation est toujours le fruit d'un cerveau invalide, soit congénitalement, soit par le fait de désordres psychiques antérieurs.

M. Falret (Paris). — J'approuve pour ma part les conclusions de M. Séglas. Je crois que Cotard, en signalant le délire

des négations, a fait faire un très grand progrès dans l'étude des mélancolies, comme Lasègue en décrivant le délire de persécution. Le délire des négations existe avec une évolution progressive comme le délire de persécution. Il commence par l'hypocondrie morale simple; puis apparaissent les phénomènes d'anxiété avec idées de ruine, culpabilité, indignité, damnation, toutes idées possibles et acceptables. Plus tard apparaissent des idées de négation absurdes, et enfin un délire d'énormité, sorte de délire des grandeurs mélancoliques. Bien que peu connu, ce délire des négations devient d'autant plus fréquent qu'on examine mieux les malades à ce point de vue. Il a une évolution naturelle. On doit lui appliquer les mêmes distinctions que pour le délire des persécutions; car, à côté du délire des négations essentiel, il existe des idées délirantes de négation qu'on rencontre dans diverses formes mentales. Cotard lui-même a posé cette distinction et n'a nullement voulu faire une entité de tous les délire de négation.

Pour le pronostic, le délire de négation est un signe de chronicité, mais non d'incurabilité absolu. Ce sont les formes intermittentes qui semblent pouvoir guérir plutôt que les autres.

M. Pichenot (Auxerre) rapporte une observation d'un cas de mélancolie anxieuse avec délire des négations et altérations de la personnalité, et accepte les idées de Cotard.

M. Carrier (Lyon). — Depuis longtemps mon attention est attirée sur les faits signalés par Cotard et M. Séglas, et je considère leur appréciation comme absolument légitime et conforme à la vérité clinique. Parmi les mélancolies il est des formes anxieuses, communes, curables, et d'autres présentant le tableau clinique de Cotard, graves, incurables en général, se terminant souvent par un état de marasme dans lequel meurt le malade. J'ai observé depuis 1883 quatre cas de ce genre. Un fait que j'ai aussi remarqué, c'est que tandis que les mélancoliques anxieux ordinaires sont le plus souvent guéris par le traitement opiacé à doses progressives, les mélancoliques hypochondriaques négateurs ne sont nullement impressionnés par ce mode de traitement. Ces deux genres de malades se distinguent donc par bien des côtés, par l'expression symptomatique, par l'évolution et par la différence d'action d'un même traitement. Est-ce assez pour affirmer qu'il s'agit là de deux maladies distinctes? Je crois plutôt que le délire des négations constitue une phase plus avancée de la mélancolie. Dans tous les cas, cliniquement, on ne saurait les confondre et pratiquement on doit se comporter différemment dans l'un et l'autre cas.

M. Charpentier (Paris) ne croit pas à l'existence d'une forme nouvelle correspondant au type décrit par Cotard, qu'il n'a jamais observé.

M. Vallon (Paris). — Comme M. Régis, et contrairement à M. Camuset, je ne crois pas que Cotard ait eu l'intention d'ériger le délire des négations en entité morbide distincte, le regardant seulement comme une phase de l'évolution des mélancolies chroniques. D'après ce que j'ai pu observer, cette phase est précédée d'une autre période qui n'a pas été assez mise en lumière, période de doute ou de *délire d'interrogation*, pendant laquelle, avant de nier l'existence de quelqu'un, de quelque chose, le malade se pose des interrogations à ce propos, pour aboutir ensuite à la négation confirmée. Entre ces deux périodes il y a une phase ou interrogation et négation se confondant. Chez une malade que j'ai observée, la négation portait sur sa propre existence et celle des personnes présentes, et elle n'émettait de doutes que sur l'existence des personnes absentes.

M. Ritti (Paris). — Cette phase d'interrogation ressemble assez à ce que Lasègue appelait la mélancolie perplexe.

M. P. Garnier (Paris) n'a pas trouvé dans sa pratique de cas confirmant les vues de Cotard, l'existence d'une forme évolutive analogue à ce qu'on voit chez certains persécutés. Il y a des idées de négation et très fréquentes chez les mélancoliques, affirmation de leur état d'angoisse morale, mais elles ne constituent qu'un syndrome et non un état nosologique spécial. Je ne peux voir dans leur apparition une période nouvelle s'étageant sur d'autres antérieures et marquant la chronicité, car souvent on la signale de très bonne heure.

M. Gilbert-Ballet (Paris). — La question actuelle ne peut se résoudre théoriquement, mais par des faits. Peu importe de savoir si Cotard a voulu établir, oui ou non, une entité irréductible. Les faits qu'il a cités sont-ils assez caractéristiques pour justifier sa description? Sans aucun doute, et je suis aussi surpris de le voir contester aujourd'hui par Garnier, que je l'ai été de voir contester jadis l'existence de cette forme systématique et progressive du délire des persécutions dont M. Garnier se montrait le défenseur convaincu. D'un autre côté, je suis d'accord avec M. Garnier pour reconnaître que l'apparition des idées peut être précoce. C'est ainsi que l'une de mes malades fut prise, en décembre 1891, de délire mélancolique vulgaire avec idées de ruine, craintes de supplices; en février survint une période de calme qui ne dura guère que 15 jours, au bout desquels réapparurent les mêmes idées mélancoliques du début, mais de plus des idées de négation typiques qui survinrent au bout de deux mois au plus de maladie. Si donc il y a des faits où le délire des négations succède à une longue période de mélancolie anxieuse, il en est d'autres où il survient plus rapidement. Mais ces cas, quoique de marche différente, ne sont nullement contradictoires des précédents.

M. Régis. — Cotard lui-même, ainsi que M. Séglas et moi l'avons fait remarquer tout à l'heure, avait signalé la précocité possible des idées de négation chez les anxieux. Si le type qu'il décrit est nié, ce n'est guère que par ceux qui n'en ont pas vu d'exemples.

M. Vallon. — Les variations d'évolution qu'on observe chez les négateurs ne sont peut-être, ainsi que le disait tout à l'heure M. Séglas, qu'une question de terrain, une plus grande prédisposition amenant une apparition plus rapide des idées de négation ainsi qu'il en est pour les idées de grandeur chez les persécutés.

Mardi 2 août 1892. — Séance du matin.

Deuxième question : *Du secret médical en médecine mentale.*

M. L. Thivet (Blois), rapporteur. — En médecine mentale, comme en médecine générale, ou le secret médical est absolu et général dans tous les cas, ou il est relatif et livré à l'appréciation de celui qui en est le dépositaire. C'est là que réside tout le débat, car le principe en lui-même n'est pas discutable. Le plus simple pour aborder cette étude est de choisir un certain nombre de cas.

C'est ainsi qu'une question qui se présente le plus fréquemment et sous des formes les plus diverses au médecin aliéniste est celle du mariage des aliénés ou de leur descendance. L'aliéné mis en cause peut être franchement guéri ou dans une intermittence, ou simplement en rémission mais incurable. Le secret doit-il être absolu ou relatif? Pour M. Brouardel, le secret est toujours inviolable, la famille même vous eût-elle donné par écrit la liberté de parler, car une vérité relative ne peut que tromper la personne qui nous interroge et la vérité absolue va souvent au delà de ce que la famille a cru autoriser à dire. Pour d'autres auteurs, le secret ne peut être absolu, l'intérêt de la race humaine devant primer celui de l'individu. Dans quelles limites alors sera-t-il relatif?

D'autres fois, les deux conjoints étant parfaitement sains, ce sera sur les ascendants, soupçonnés de folie, que des questions seront posées. C'est la même question sous une autre forme. Le médecin qui a eu à traiter les ascendants internés doit-il se taire toujours, alors que son silence peut susciter l'idée d'un état plus grave que la réalité, ou celle d'une séquestration arbitraire. Pour Casimir Pinel, le médecin ne doit pas être le servile observateur d'une discrétion systématique, mais il doit même aller au devant du péril dans l'espoir, peut-être chimérique, que la folie deviendra plus rare et la détérioration de l'espèce moins rapide. Les conseils, bien que dictés par des sentiments supérieurs d'humanité, sont-ils réellement applicables et en tout cas ne sortirions-nous pas de notre rôle en nous constituant ainsi et d'emblée, gardiens vigilants de la santé intellectuelle au sein des familles qui ne nous ont rien demandé.

Une question que nous devons prévoir est celle du secret absolu ou relatif vis-à-vis d'un des conjoints, alors que nos dé-

clarations peuvent permettre à celui qui administre les biens de l'aliéné de surveiller d'autres intérêts que ceux qui lui sont confiés, de prendre des déterminations que serait loin de ratifier le malade s'il revenait à la santé.

Récemment un médecin de maison de santé encourut une condamnation pour avoir publié une observation en taisant le nom de la malade, reconnaissable cependant aux détails donnés sur son histoire pathologique. Or la plupart des observations cliniques, pour être complètes, utiles, comportent la relation de tous ces détails. Renoncer à la recherche de tous ces éléments d'étude et à leur publication, ce serait à coup sûr arrêter ou tout au moins entraver singulièrement les progrès de la psychiâtrie. La doctrine de Pinel établissant une différence entre le secret dû aux malades internés dans une maison de santé privée ou dans un asile, n'est évidemment pas soutenable. Quelle sera donc la méthode à suivre dans la rédaction des observations médicales pour sauvegarder à la fois les intérêts moraux du malade et l'intérêt scientifique qui s'attache à la recherche des documents les plus complets.

Enfin, il serait urgent aussi de fixer les limites dans lesquelles, tout en respectant la doctrine du secret médical, nous pouvons donner satisfaction à la curiosité des représentants de la presse, renseignés d'ailleurs souvent par des intermédiaires leur communiquant nos rapports circonstanciés adressés à l'administration, ou transportant dans le public des journaux des observations, des faits de leçons cliniques destinées au seul public médical.

M. Rouby (Dôle). — Il n'est pas question ici d'attaquer l'article 378 relatif au secret médical ; nous ne nous en plaignons pas et nous ne demandons pas qu'il soit effacé du Code. En ce qui concerne son application en médecine mentale, je voudrais seulement demander s'il a raison d'être appliqué et dans quelles mesures dans deux circonstances : 1° Lorsque vous êtes accusé publiquement par le malade de séquestration arbitraire et que vous parlez pour vous défendre. 2° Lorsque les faits que vous relevez ont une telle notoriété que le secret n'existe plus et que vos paroles ou vos écrits n'apprennent plus rien à personne. Dans le premier cas, l'article de loi relatif au secret professionnel n'est pas applicable ou plutôt ne devrait pas être appliqué, car nous sommes en fait en droit de légitime défense : des faits nombreux, tels que celui du baron Seillière, le démontrent pleinement. En l'absence d'un article 321 qui excuse les blessures et les coups s'ils ont été provoqués, il semble que les tribunaux devraient excuser dans une large mesure des faits analogues dans l'ordre moral. Dans le second cas, il devrait y avoir des gradations dans l'application de la loi, suivant que le fait est connu de tous, de quelques-uns ou du médecin seul.

M. Parant (Toulouse) pense que pour le médecin aliéniste, par suite des mesures légales exigeant la production et la consignation sur divers registres des certificats médicaux, le secret médical n'existe plus. Ce sera pis encore avec la loi nouvelle, qui au lieu d'un simple certificat exige un rapport détaillé. Cependant, bien que le secret médical n'existe pas pour l'aliéniste, il est tenu cependant à se conduire comme s'il existait.

M. Giraud (Rouen) présente quelques observations au rapport présenté au Congrès, qu'il résume dans les conclusions suivantes : Le médecin n'a pas de secret à observer vis-à-vis des personnes désignées par l'article IV de la loi de 1838. Il peut toujours et doit souvent dire toute la vérité aux personnes qui ont placé le malade. En dehors de ces cas, le secret médical doit être absolu. Le certificat des causes de décès doit être refusé aux Compagnies d'assurances qui le réclament. Le parquet de Rouen a été d'avis que le directeur-médecin ne peut pas se dispenser de donner à l'état civil le nom de la mère, en cas d'accouchement d'une aliénée, même s'il s'agit d'une fille-mère.

M. Vallon. — Un côté intéressant du secret professionnel est celui qui a trait à la correspondance des aliénés. Faut-il faire parvenir indistinctement à leur adresse toutes les lettres écrites par les malades ? Cela peut avoir des inconvénients pour le malade et le médecin, car le malade divulgue, sans s'en rendre compte, son état d'aliénation par ses écrits et peut, une fois guéri, s'en prendre au médecin qui n'a pas exercé suffisamment la tutelle dont il était chargé.

M. Doutrebente. — Pour les observations, on ne doit noter que les détails absolument nécessaires au point de vue scientifique. Les certificats ne doivent être communiqués qu'aux personnes prévues par l'art. IV de la loi.

M. Régis. — En matière de secret médical, on ne peut pas codifier, mais poser seulement des indications générales. J'ai consacré à ce point un chapitre de la seconde édition de mon manuel des maladies mentales. J'ai examiné là la conduite à tenir lorsqu'on est consulté sur les chances d'hérédité de la famille, à propos de mariage d'aliénés. Lorsqu'on est consulté par les intéressés, la famille, il n'y a pas de secret médical ; si c'est par des étrangers, il faut se munir d'une autorisation écrite de la famille avant de parler. Il en est de même lorsqu'on vous demande des renseignements sur des malades internés dans votre établissement. En ce qui concerne la correspondance des malades, on doit envoyer les lettres, à moins qu'elles ne soient insignifiantes, aux personnes prévues par la loi, et à elles seules. Pour le reste de la correspondance, on doit préalablement s'entendre avec les parents du malade sur le nom des destinataires qu'elle autorise.

M. P. Garnier (Paris). — Il est mauvais que le médecin se fasse lui-même appréciateur des conditions où il doit parler ; et le secret médical doit être absolu dans toutes les circonstances où la loi l'y oblige. A propos des observations on peut ainsi résumer les obligations du médecin. Scientifiquement, le fait doit être individualisé, mais, socialement, il faut tout faire pour lui donner un caractère impersonnel. Quant aux divulgations de la presse, il y a une différence sensible entre elles et les affirmations d'un homme de l'art.

M. Thivet (Blois) demande à M. Régis ce qu'il entend par la famille du malade.

M. Régis. — Les seuls parents immédiats.

M. Auguste Voisin (Paris) se déclare partisan du secret médical absolu. S'il s'agit d'un mariage, il faut cependant s'arranger pour en faire comprendre les dangers, s'il y a de l'hérédité. Dans ces cas, je cherche à provoquer une consultation, deux s'il le faut, avec le médecin ordinaire de la famille, dans l'esprit de qui cette démarche jette le doute et sauve la situation. Dans les observations, on doit dénaturer les noms, les prénoms... pour respecter le secret médical. Ce ne sont jamais les médecins, mais des parents de famille en désaccord avec les autres qui divulguent l'état du malade. Il serait nécessaire que les pouvoirs publics provoquassent des enquêtes dans ces cas pour établir les responsabilités et poursuivre, au besoin, les journalistes indiscrets.

M. Riu (Orléans), lorsqu'il arrive qu'une malade accouche dans l'asile et qu'il se trouve obligé de déclarer la naissance, déclare les père et mère inconnus.

Mardi 2 août (Séance du soir). — Présidence de M. Th. Roussel.

Troisième question : *Les colonies d'aliénés.*

M. Riu (Orléans), rapporteur, après avoir rappelé le vœu exprimé par le Congrès de 1889 sur la création de colonies agricoles à proximité et non distinctes des asiles, vœu émis à la suite des communications de MM. Baume et Jaguet, présente quelques brèves considérations sur les avantages de ces créations au point de vue du bien-être même de l'aliéné soumis à une vie active et régulière et de l'extension de l'assistance à un plus grand nombre d'individus par suite des bénéfices produits par le travail des malades venant alléger le poids des charges départementales. Il conclut en proposant de voter les deux conclusions suivantes : 1° Etablissement des colonies agricoles annexes aux asiles toutes les fois que ce sera possible. — 2° Adoption du système d'*asiles médico-agricoles* composés d'un asile au centre et de fermes agricoles à la périphérie, partout où les circonstances le permettront, lorsqu'il y aura lieu de créer un nouvel asile.

M. Féré (Paris). — La tradition enseigne qu'en France le patronage familial des aliénés et la colonisation ne peuvent pas être pratiqués dans les mêmes conditions que dans les pays voisins. J'ai déjà relevé cette erreur. Un des reproches qui ont

été faits à l'assistance dans les familles repose sur la mortalité relative. Dans la statistique relative à Liervieux, et figurant dans les compte-rendus du Congrès de 1889, il s'est glissé des erreurs rendant la statistique plus défavorable qu'elle ne l'est en réalité.

M. Pichenot (Auxerre) estime que si l'asile est situé à la campagne, la colonie doit être annexée ; s'il touche à une ville, la colonie doit être éloignée.

M. Christian (Paris). — Nous sommes tous d'accord pour reconnaître l'utilité du travail agricole pour la santé des malades, la discipline, l'économie. Mais il existe dans les asiles ce qui provoque la demande de création de colonies agricoles, c'est l'encombrement. Mais cet encombrement n'existe guère qu'à Paris, dont la population ne fait que s'accroître. Dans les départements, le chiffre est forcément limité et le serait encore plus si chaque département avait son asile. Si dans les asiles l'encombrement résulte de la présence d'aliénés chroniques, déments, imbéciles, idiots, ce sont aussi eux qui sont les travailleurs. Si on les retire de l'asile pour les placer dans des colonies distinctes, que restera-t-il dans les asiles ? les terrains resteront incultes et l'on aura à dépenser pour établir les colonies. Aussi je demanderais qu'on votât qu'à côté des asiles on ne vienne pas créer des colonies annexes, mais que le travail agricole soit seulement développé dans le plus grand nombre d'asiles possibles. Je voudrais aussi que nos asiles ressemblent de plus en plus à un hôpital ; mais ce n'est guère là, je le sais, qu'une utopie, car il faudrait supprimer la législation qui fait de l'aliéné un être à part.

M. Bourneville (Paris). — Il y aurait différents moyens de diminuer l'encombrement des asiles: d'abord les colonies agricoles, l'admission précoce des aliénés augmentant les chances de guérison ; les sociétés de patronage permettant, avec un secours mensuel, de traiter les aliénés inoffensifs à domicile, de surveiller les malades, d'éviter les rechutes ; puis le patronage familial. A quels malades l'appliquer ? Dans certains pays on l'applique aux curables et incurables ; dans d'autres aux incurables seulement. La tentative de Dun qu'a en vue actuellement le Conseil général a eu pour point de départ cette idée que beaucoup d'incurables séniles ou aliénés chroniques sont enfermés dans les asiles parce qu'ils ne peuvent être placés autrement. Or, la plupart de ces séniles peuvent être dangereux en se livrant à des actes inconscients ; les autres incurables sont des aliénés. Le prix de revient est le même à peu près que dans les asiles de la Seine. Or, les familles de Dun ne pouvant rien tirer de ces malades, augmenteront ce prix ; de même aussi lorsqu'ils seront devenus gâteux ils n'en voudront pas. Alors, faut-il les envoyer dans leur famille avec un secours mensuel ? C'est par là qu'on eût dû commencer. On eut pu aussi essayer de les placer comme travailleurs dans les communes avoisinant les asiles, ce qui éviterait les transferts. Il faut d'ailleurs essayer de rapprocher de plus en plus l'asile de l'hôpital ordinaire et favoriser dans ce sens la création de fermes ouvertes annexées aux asiles.

M. Deny (Paris) expose un état statistique de son service où la mortalité est de 19,43 0/0 ; et les guérisons, 42, 21 0/0, se réduisant à 31,3 0/0. Si l'on retranche les malades seulement améliorés. Il est difficile d'obtenir plus de guérisons à cause de l'encombrement du service par des épileptiques, idiots, déments, qui constituent une proportion d'incurables de 70 0/0. Cet encombrement par les chroniques ne peut disparaître que : 1° par la création de services spéciaux pour les épileptiques, les idiots, les imbéciles et les déments ; 2° par la création de colonies libres pour les aliénés inoffensifs et incurables ; 3° par l'annexion aux asiles de province de colonies agricoles et d'ateliers de travail pour les aliénés du département de la Seine.

M. Marie (Evreux) lit une note sur le mode de placement et la répartition en catégories différentes des malades dans les colonies familiales d'Angleterre, d'Ecosse et de Belgique. Tandis qu'à Ghiel on reçoit directement et indifféremment des aliénés chroniques ou aigus, en Ecosse le placement n'est, en principe, appliqué qu'à des chroniques incurables soigneusement choisis parmi les aliénés préalablement traités dans les asiles ; le système belge est donc l'absence de sélection initiale et d'internement proprement dit, alors que le système écossais n'est que le dernier terme d'une sélection préalable faite dans des asiles fermés où le placement initial précoce est préconisé.

M. le Dr Deschamps, vice-président du Conseil général de la Seine, rapporteur à la 3e Commission du projet de placement familial adopté dans la Seine, rappelle quelques-uns des points principaux de son rapport.

M. Charpentier (Paris), après avoir rappelé l'histoire de Bicêtre avec l'application d'exploitation agricole annexée, du temps de la ferme Sainte-Anne, montre que l'organisation du travail au grand air pour les malades aliénés est devenu de plus en plus difficile ; après la création de l'asile clinique, il restait les vastes terrains à l'ouest de Bicêtre ; malheureusement, ils ont été pris par les constructions que M. Bourneville a fait élever pour le service des idiots, en sorte qu'à l'heure actuelle les ateliers, d'ailleurs insuffisamment organisés, ne peuvent employer tous les aliénés qui en seraient susceptibles et qu'au dehors, les quelques terrains restant, insuffisants eux aussi pour motiver l'organisation d'une ferme, sont affermés ou cultivés en dehors de la participation des malades qui en retireraient un grand bénéfice.

M. Bourneville (Paris) demande la parole pour rectifier certains points de la communication précédente. Il rappelle que, lors des décisions relatives à l'édification des services d'idiots, dont M. J. Falret était alors chargé, l'organisation du travail agricole n'existait pas, à proprement parler, pour les terrains en question ; encore à l'heure actuelle cette organisation serait possible avec les terrains restés disponibles ; l'écueil principal, aussi bien pour le travail agricole que pour le travail des ateliers, tient à l'insuffisance du personnel des chefs d'ateliers ou de culture ; n'ayant pas reçu l'éducation spéciale indispensable pour faire l'office de surveillants, ils se refusent à occuper des aliénés qu'avec du tact et des précautions on conserverait pour le plus grand profit des travaux à exécuter et surtout pour le plus grand bénéfice de l'hygiène générale et de la moralisation.

M. le Dr Samuel Garnier (Dijon). — Je n'étais pas préparé à ce débat, mais les opinions qui viennent de se faire jour m'obligent à sortir de ma réserve. Et d'abord, on confond, ou plutôt on mêle la question des colonies d'aliénés avec le système d'assistance qu'on veut inaugurer à Dun-sur-Auron. En ce qui concerne les colonies agricoles d'aliénés c'est une utopie si vous voulez qu'à cinq ou six kilomètres de l'asile existant ou à créer, on établisse une ferme complète dans laquelle vous déverserez vos déments, vos imbéciles, vos idiots, parce qu'alors il ne vous restera plus rien pour cultiver votre potager dont les produits dans la plupart des asiles sont assez considérables, 30,000 fr, environ à l'asile de Dijon. Annexez donc simplement à votre établissement d'aliénés assez de terrains pour une culture maraîchère intensive, en réunissant tous vos travailleurs dans un seul pavillon, et cela suffira amplement pour remplir l'indication du travail en plein air. Quant à la grande culture proprement dite, je la rejette pour bien des motifs. Elle exige en premier lieu un travail excesssif et aboutit fatalement à l'exploitation de l'aliéné — peu m'importe au profit de qui — et pour moi c'est capital. Faire espérer qu'avec cette grande culture et ses rendements il en résultera sinon l'exonération complète du moins une atténuation notable des charges départementale de l'assistance, c'est un leurre.

Pour ce qui regarde la conception de M. le Dr Deschamps, qui veut se faire l'importateur du système belge de Gheel, je la crois inapplicable. Sans doute il veut diminuer l'encombrement fâcheux des asiles de la Seine, mais, qu'il me permette de le lui dire : vos nourriciers de Dun, qui pour 1 fr. 60 se chargeront de prendre vos aliénés et doivent leur donner des soins comparables à ceux qu'ils reçoivent dans les asiles, me semblent tout à fait extraordinaires, alors qu'en général on sait que les parents font tous leurs efforts pour se débarrasser de leurs aliénés. Donnez donc plutôt à ces parents, comme le veut M. Bourneville, une subvention journalière qui les engagera à reprendre leurs malades qui encombrent vos maisons. Ce sera beaucoup plus moral, d'abord, et plus légal, ensuite, puisque tout aliéné non guéri, s'il est inoffensif ou paraît tel, peut être confié à sa famille, si elle le désire. Cette famille devient alors responsable des agissements de ce

dément incurable, de cet idiot, de cet imbécile, qui est ainsi replacé dans les conditions de la vie ordinaire, tandis qu'à Dun je me figure difficilement ce que seront, au point de vue de leur situation légale, ces déments que vous ferez sortir des asiles. Seront-ils des aliénés placés sous le régime de la loi de 1838? Non, puisque leur *exeat* sera signé et qu'alors ils auront reconquis, pour la plupart, leurs droits civils. De quel droit les placerez-vous à Dun? Je me demande enfin pourquoi vous les assisterez au nom du département, puisque, sortis légalement de l'asile, la charge de leur assistance devient, en droit, exclusivement communale. Toutes ces questions ne sont pas résolues au préalable toutefois; faites l'essai qui vous sourit, puisque votre conviction reste entière. Je souhaiterais même qu'il soit moins négatif qu'à votre école de réforme d'Yseure à laquelle vous avez dû recourir.

M. Bouchereau (Paris), rappelant l'exemple des institutions étrangères, considère qu'on ne doit pas adopter tel système à l'exclusion de tel autre. Les colonisations agricoles n'excluent pas la colonisation familiale sous toutes ses formes: les différentes méthodes correspondent seulement à des catégories différentes de malades pour lesquels elles peuvent être appropriées. On ne peut donc, *a priori*, condamner une tentative quand celle-ci a réussi ailleurs, et a pour but d'ajouter un mode d'assistance aux moyens actuels insuffisants. La seule question discutable est celle des détails d'application pratique qu'on pourra juger plus ou moins logiquement conçus; la discussion de ces points rentre dans le domaine administratif; sur ce terrain, M. Deschamps pourrait mieux répondre.

M. Doutrebente (Blois) clôt le débat en faisant connaître au Congrès les conditions d'organisation du travail réalisées à l'asile de Blois. (*A suivre*). J. Séglas.

Manœuvres actuelles du Service de Santé.

Les manœuvres du service de santé ont commencé, la semaine dernière, par la région de la Garonne. Les médecins, réunis à Toulouse, ont entendu hier quatre conférences. Dans la première, M. Passabosc, médecin-major du 18e régiment d'artillerie, a exposé l'*organisation du matériel et des approvisionnements du service de santé en campagne*. La deuxième était consacrée à la *démonstration pratique sur le matériel roulant et le harnachement*. Dans la troisième conférence, un chef de bataillon d'état-major a exposé les ordres du *mouvement d'exécution des marches* et les *règles tactiques du combat*. M. Cros, directeur du service de santé du 17e corps, a parlé, dans la quatrième conférence, du *rôle des brancardiers et des infirmiers, des postes de secours, des ambulances, des hôpitaux de campagne et du service d'évacuation*. — Un simulacre de combat a eu lieu sur le plateau d'Aussonnelle, 150 médecins ou pharmaciens des réserves ont suivi les manœuvres. 200 hommes ont été laissés sur le terrain, supposés blessés; ils ont été recueillis par les infirmiers, qui ont procédé à un premier pansement avant de les porter au poste de secours et, de là, à l'ambulance divisionnaire.

Le 1er août, à Lyon, ont commencé les manœuvres du corps de santé militaire; une centaine de médecins et de pharmaciens venus de tous les corps, et un médecin de la marine, venus de Toulon, se sont réunis ce matin à l'hôpital Desgenettes où une conférence leur a été faite par M. le commandant de Nausont. Le conférencier a rapidement exposé le thème des manœuvres qui vont être exécutées. Le médecin-major Viry, sous-directeur de l'Ecole de santé militaire, a ensuite dirigé le chargement des fourgons.

Une centaine de cantines médicales, fournies par l'hôpital et les magasins de réserve, et contenant tous les approvisionnements nécessaires, ont été placées sur des voitures régimentaires et dirigées sur la caserne de la Part-Dieu, lieu de concentration. Le départ pour le camp de la Valbonne, où seront exécutées les manœuvres, a eu lieu le 2 août à la première heure.

Les troupes appelées à y prendre part se composent de deux bataillons d'infanterie, d'un escadron de cavalerie et d'une batterie d'artillerie.

Le médecin général inspecteur Albert dirige les exercices médicaux auxquels assistent de nombreux médecins de l'armée de réserve. Le médecin général Albert a réuni le 1er aout les médecins et les pharmaciens et leur a offert un punch.

Médecins inspecteurs des Enfants assistés. — M. le Dr Bouzol (du Cheylard) est nommé médecin inspecteur des Enfants assistés pour le canton de Saint-Martin-de-Valamas et les communes de Mezilhac et de Lachamp-Raphaël (Ardèche).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 juillet 1892. — Présidence de M. Laveran.

M. Roger a cherché ce que devient la *virulence des streptocoques* de l'érysipèle lorsqu'ils se développent dans le sérum d'animaux rendus plus sensibles à l'érysipèle par les produits de culture du microbe. La virulence est augmentée dans ces cas. La mort survient en vingt-quatre heures au lieu de huit jours. Ces expériences sont la contre-partie de celles par lesquelles M. Roger a montré que la virulence du microbe diminuait chez les animaux.

M. Gamaleia fait deux communications: la première sur le *choléra chez le chien*. Cet animal est extrêmement sensible aux vibrions cholériques; l'injection intra-veineuse de cultures préparées avec le bouillon de pied de veau détermine des symptômes semblables à ceux du choléra humain. Les lésions d'autopsie sont comparables à celles que l'on trouve chez l'homme, surtout celles de l'intestin. Les chiens qui ne succombent pas deviennent très rapidement réfractaires. La deuxième communication porte sur l'*antiphlogosse*. En irritant la conjonctive d'un lapin par l'ammoniaque et en injectant à ce lapin certaines substances qui diminuent l'inflammation, on constate que la lésion provoquée guérit très rapidement. La phlogose n'est donc pas un processus nécessaire à la guérison des lésions en général, ce qui est contraire aux théories actuelles de l'inflammation.

M. Langlois a étudié avec M. Charrin l'*influence de la maladie pyocyanique expérimentale sur la thermoyénie* même alors que la température rectale de l'animal en expérience n'est pas changée, les radiations calorimétriques sont considérablement diminuées.

M. Charrin rapporte les observations de trois malades atteints d'affections hépatiques, cirrhose et cancer, qui présentaient des *manifestations* délirantes que l'auteur met sur le compte d'une auto-intoxication dépendant de la cellule hépatique. En effet, la toxicité urinaire était considérable dans les trois cas; l'auteur proposerait de rapprocher cette folie hépatique de la folie brightique.

M. Moussu a fait plusieurs fois l'*ablation totale du corps thyroïde* chez les jeunes sujets, avec un succès presque constant au point de vue de la survie de l'animal. Il a constaté des symptômes analogues à ceux du myxœdème: arrêt de développement, œdème du cou chez les jeunes porcins seulement.

M. Phisalix a obtenu par le chauffage, il y a quelque temps déjà, un *bacille charbonneux complètement dépourvu de spores*. Il a pu, dans ses dernières recherches, rendre à nouveau sporogène le bacille modifié et prouver ainsi que la propriété sporogène peut varier dans des limites très étendues.

M. Féré a étudié les *sens spéciaux*, odorat et goût, sur 150 épileptiques, et a constaté un affaiblissement plus ou moins marqué de la sensibilité dans 60 0/0 des cas. La médication bromurée n'amène pas le retour de la sensibilité.

M. Haffkine a essayé sur l'homme son nouveau procédé de *vaccination anticholérique*. Dans cinq cas, il a constaté un gonflement local et une légère fièvre avec céphalalgie. Tous ces phénomènes sont d'ailleurs passagers. Il en résulte que cette vaccination n'offre aucun danger sur l'homme.

MM. Regnault et Azoulay ont recherché l'*automatisme dans la paralysie générale*. Le malade, dans la période moyenne de l'affection, peut présenter un automatisme qui va quelquefois jusqu'à simuler la catalepsie.

A. Pilliet.

Académie de médecine. — Est approuvée l'élection faite par l'Académie de médecine de M. le Dr Grancher, pour remplir la place de membre titulaire, devenue vacante dans la section d'anatomie pathologique, par suite du décès de M. le Dr Bourdon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 août 1892. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

M. LABORDE, à propos du *traitement de la mort apparente à la suite de l'asphyxie par la submersion*, dit qu'il n'a jamais songé à détrôner le procédé de Sylvester, rappelé par M. Le Roy de Méricourt, mais simplement d'en préconiser un nouveau consistant dans le rappel énergique du réflexe respiratoire.

M. BROUARDEL.—Si les procédés à employer sont importants à connaître, il n'est pas moins utile de savoir, au point de vue pratique, que le mécanisme de l'asphyxie n'est pas toujours le même. Il y a deux cas à considérer, suivant que le noyé meurt immédiatement après la submersion ou seulement au bout d'un certain temps. Dans le premier cas, il n'est pas entré d'eau dans le larynx; il s'agit d'un acte inhibitoire par suite de l'influence du choc et du froid sur le trijumeau et le laryngé supérieur. Les procédés de Sylvester et de M. Laborde sont indiqués chez ce cas. Dans le second cas le noyé peut avoir séjourné au fond de l'eau. Il y a d'abord spasme des muscles respiratoires qui empêche la pénétration de l'eau dans les voies aériennes; puis ce spasme cessant l'eau pénètre. On peut encore à ce moment en agissant rapidement rappeler le noyé à la vie. Mais le plus souvent le noyé plonge, puis remonte pour retomber au fond. Sous l'influence des violentes contractions du diaphragme, les substances de l'estomac refluent dans le pharynx et de là dans les voies aériennes. Une grande quantité d'eau pénètre dans le corps. Les bronches, les alvéoles sont remplies de mucosités et d'eau. Il y a là un état qui empêche tout retour à la vie, par quelque procédé que ce soit.

M. LANCEREAUX appuie la manière de voir de M. Brouardel et cite le cas d'un malade de son service qui, atteint d'épithélioma du larynx, fut trouvé en état de mort apparente. On lui pratiqua une injection de morphine qui le rappela à la vie. Il s'agissait donc bien là d'un spasme du larynx. Les injections de morphine pourraient donc rendre aussi des services dans les cas d'asphyxie par spasme respiratoire dont vient de parler M. Brouardel.

M. VERNEUIL rapporte *trois opérations simples suivies de mort chez des sujets atteints d'anciennes maladies du foie*. Depuis 1867 l'auteur a appelé l'attention sur l'influence réciproque du traumatisme et des lésions du foie. Dans le premier cas il s'agit d'une malade de 38 ans, à laquelle M. Ricard fit une opération anaplastique pour redresser une fracture bi-malléolaire vicieusement consolidée. Trois jours après apparut de l'ictère, puis de la fièvre, et enfin une pneumonie qui emporta la malade. Le foie était atteint de cirrhose hypertrophique. — Dans le second cas il s'agit d'une femme de cinquante ans, opérée d'un volumineux polype fibreux de l'utérus, qui avait déterminé des hémorrhagies abondantes, et chez laquelle il y avait de la fièvre légère due à la rétention des produits septiques des voies génitales. La malade, malgré la désinfection, continua à avoir de la fièvre et succomba soixante-dix heures après l'opération dans le coma. Elle avait une dégénérescence graisseuse du foie, avec anémie de tous les viscères. — Enfin la troisième observation est celle d'une femme atteinte de cancer du foie, qui fut opérée d'une hernie crurale étranglée. Quelques jours après survint une pneumonie droite, puis une gauche, et la malade succomba au bout de dix-sept jours. L'auteur pense qu'on doit bien étudier son malade au point de vue viscéral avant de l'opérer, si simple que soit l'opération, et se rappeler l'influence réciproque des opérations et des états constitutionnels.

M. SEMMOLA (de Naples) fait une communication sur la *syphilis du cœur*. Il s'agit de cardiopathies primitives développées chez d'anciens syphilitiques, et arrivant à l'asystolie. En 1883 l'auteur a eu à soigner ainsi un syphilitique atteint d'une affection grave, non compensée, dont tous les symptômes disparurent en quatre semaines par le traitement spécifique. Depuis lors il a soigné plusieurs cas analogues, et il conclut que lorsque, chez un syphilitique avéré, on observe des symptômes d'arythmie persistante et rebelle, avec ou sans gêne respiratoire, on doit soupçonner qu'il s'agit d'un processus syphilitique et instituer le traitement.

M LANCEREAUX pense que l'arythmie ne peut suffire à diagnostiquer une cardiopathie syphilitique, mais elle peut servir à attirer l'attention sur sa possibilité. P. SOLLIER.

JURISPRUDENCE PHARMACEUTIQUE

Etude de Me BELLENCOURT, avoué à Paris, rue de Lille, 49.

D'un jugement contradictoirement rendu par le Triunal de Commerce de la Seine, le dix décembre mil huit cent quatre-vingt-dix, enregistré et signifié,

Entre les sieurs Charles Chanteaud et Cie, pharmaciens, demeurant à Paris, rue des Francs-Bourgeois, n° 54,

Et le sieur Gustave Chanteaud, pharmacien, demeurant à Paris, rue de Turenne, n° 64 ;

Et encore d'un arrêt contradictoirement rendu entre les mêmes parties, par la deuxième Chambre de la Cour d'Appel de Paris, le trente juin mil huit cent quatre-vingt-douze sur l'appel du sieur Gustave Chanteaud, le dit arrêt enregistré et signifié à la date du vingt-six juillet suivant.

A été extrait ce qui suit :

1° Jugement du dix décembre mil huit cent quatre-vingt-dix.

Le Tribunal :

« Donne acte à Charles Chanteaud et Cie de ce qu'ils déclarent reprendre en leur nom l'instance précédemment introduite au nom de Charles Chanteaud ;

« Dit que Gustave Chanteaud, pour sa préparation dite « Sedlitz », devra faire usage d'un flacon de forme différente de celui employé par Charles Chanteaud et Cie, ainsi que d'un papier d'enveloppage d'une couleur autre que la couleur jaune ;

« Dit que Gustave Chanteaud, sur tous ses prospectus, étiquettes, enveloppes quelconques et tous autres papiers à usage de tous ses produits « Sedlitz et Granules dosimétriques », devra faire imprimer son prénom « Gustave » en toutes lettres, et de même grandeur et caractères que ceux de son nom propre « Chanteaud » ;

« Dit que ces condamnations devront recevoir leur application dans le mois de la signification du présent jugement, et ce à peine de 20 francs par chaque contravention dûment constatée, sans qu'il y ait lieu de statuer sur le rejet de la lettre du 5 janvier 1888 ;

« Dit que Gustave Chanteaud s'est rendu coupable de concurrence déloyale à l'égard de Charles Chanteaud et Cie ; le condamne, par les voies de droit, à payer à ces derniers la somme de 5,000 francs à titre de dommages-intérêts ;

« Déclare Charles Chanteaud et Cie mal fondés en le surplus de leurs demandes, fins et conclusions, les en déboute.

« Condamne Gustave Chanteaud à tous les dépens. »

2° Arrêt du trente juin mil huit cent quatre-vingt-douze.

La Cour :

Met les appellations à néant ;

Ordonne que ce dont est appel sortira son plein et entier effet, *et y ajoutant*,

Dit que Gustave Chanteaud devra faire imprimer sur ses prospectus, étiquettes, enveloppes, etc., etc., après ses prénom et nom, les mots « de Vendôme », sans toutefois qu'il soit obligé de les faire imprimer en caractères de même forme ou grandeur que ceux des prénom et nom ;

Condamne Gustave Chanteaud, en sus des 5,000 francs portés au jugement, à payer à Charles Chanteaud et Compagnie une autre somme de 3,000 francs à titre de dommages-intérêts ;

Dit que Charles Chanteaud et Compagnie pourront publier le jugement et le présent arrêt dans 6 journaux, dont 3 de médecine et 3 de pharmacie, et ce, à leur choix et aux frais de Gustave Chanteaud, sans toutefois que le coût de chaque insertion puisse dépasser 200 francs ;

Dit toutefois que le délai d'un mois, pour l'exécution des dispositions du jugement et de celles du présent arrêt, ne courra que du jour de la signification du présent arrêt.

Déclare les parties respectivement mal fondées dans toutes conclusions contraires aux dispositions du présent arrêt, les en déboute ; ordonne la restitution de l'amende consignée sur l'appel incident ;

Condamne Gustave Chanteaud à l'amende de son appel, et, vu les circonstances de la cause, condamne Gustave Chanteaud en tous les dépens d'appel.

Pour extrait :
BELLENCOURT, avoué.

VARIA

Le Choléra en Europe.

Le choléra ne fait aucun progrès en Russie et dans le reste de l'Europe. Les ravages sont même de moins en moins importants, comme le montrent les quelques détails que nous consignons ci-dessous.

I. — LA MARCHE DE L'ÉPIDÉMIE.

Russie. — On ne signalait aucun cas de choléra à Moscou le 1er aout. La santé publique y était excellente.

Quelques cas de choléra auraient été constatés dans le gouvernement de Riazan.

L'épidémie de choléra diminue si sensiblement à Astrakhan, qu'on commence à y réduire le personnel des employés et des ouvriers d'hôpitaux, et plusieurs baraques d'ambulances, ayant servi aux cholériques, vont pouvoir être, après leur désinfection, affectées bientôt au placement des malades ordinaires.

D'autre part, d'après des informations officielles, le choléra est en décroissance sensible dans la vallée du Volga, à l'exception de quelques localités. Au contraire, dans la vallée du Don, il est en période de développement : pour la journée du 31 juillet, le nombre des cas a été de 1,005, celui des décès de 147.

Sibérie. — Le choléra a éclaté parmi les détenus à Tomsk (Sibérie). Il y a eu dix cas, dont huit suivis de décès.

Allemagne. — La nouvelle d'après laquelle un cordon aurait été établi à la frontière de Prusse, parce que le choléra se serait déclaré à Breslau, est inexacte. On n'a pas pris cette mesure pour cette bonne raison que la nouvelle de l'apparition du choléra à Breslau n'est pas confirmée officiellement.

Italie. — Suivant des dépêches publiées par quelques journaux, il y aurait eu à Montiglio, près d'Asti, deux personnes mortes du choléra. Mais ces jours-ci on démentait officiellement que des cas de choléra se soient produits en Italie. Quelques cas de *choléra nostras* ont été constatés dans deux villages galiciens ; les malades ont été aussitot isolés et toutes les mesures de désinfection ont été prises. Pourtant on écrit de Malte que des cas de choléra ont été signalés dans l'île ; deux cas ont été constatés sur le steamer *Albany*, de Londres.

Asie. — On dément officiellement le bruit de l'apparition du choléra à Tabriz. Le *Journal de Tiflis* fait une description navrante de l'aspect de Bakou : « La ville, dit-il, est à l'heure actuelle entièrement déserte. Tous les magasins sont abandonnés. Les malheureux qui sont restés en ville risquent de mourir de faim ; plus de boucheries, plus de boulangeries ! Les fonctionnaires, les employés ont abandonné leur poste. Les rues, qui ne sont plus entretenues, forment de véritables foyers d'infection. Les morts y restent exposés des journées entières, faute de bras pour les inhumer. Les usines de naphte sont délaissées ; on ne trouve plus un seul ouvrier. Les rares survivants sont comme fous. »

II. — LES TROUBLES DUS AU CHOLÉRA.

Le navire chargé d'observer les arrivages sur le Volga est protégé par un détachement de troupes. Les équipages des bateaux du Volga refusent de continuer leur service. A Tachkend, on a du employer la force armée pour apaiser les troubles nés de la panique dont la population a été saisie à cause du choléra. Plusieurs personnes ont été tuées et on compte un certain nombre de blessés. M. le Dr Anrep, qui dirige les services médicaux à Nijni-Novgorod, mande de cette ville : La population est calme ; toutes les mesures possibles ont été prises pour combattre l'épidémie et assurer l'ordre. La population ne s'oppose nullement au transport des malades dans les hôpitaux. Du reste, le général Baranov fait poursuivre indistinctement toutes les personnes convaincues de propager de fausses nouvelles sur le choléra et sur les médecins. Il vient de faire inscrire au lazaret flottant, en qualité d'infirmier, un fonctionnaire de l'Etat qui avait tenu des propos ridicules au sujet de l'épidémie et des troubles d'Astrakhan et de Saratov. Le bourgeois de la ville qui avait été frappé de la même peine, il y a quinze jours, vient d'être libéré, mais, convaincu désormais de l'existence du choléra et de l'humanité des médecins, il a demandé spontanément à continuer son service.

III. — MESURES PRISES.

Russie. — La Commission supérieure de l'enseignement et la Commission sanitaire de Saint-Pétersbourg se sont réunies sous la présidence du prince Volkonski, adjoint du ministre de l'instruction publique, pour arrêter les mesures d'assainissement qui seront prises dès maintenant dans tous les établissements scolaires de l'empire. Il a été décidé, entre autres, d'établir dans une des écoles de Saint-Pétersbourg un *hôpital temporaire pour les élèves internes de tous les établissements scolaires de la ville.* Cette mesure sera étendue à tous les arrondissements scolaires et devra être appliquée dans le plus bref délai.

Autriche. — A Vienne, les autorités font de leur mieux pour conjurer le fléau du choléra. Une Commission sanitaire soumet à des visites rigoureuses les logements réputés insalubres et surtout les *massen quartieren*, dortoirs communs qui existent dans quelques faubourgs. Des voitures spéciales ont été préparées pour le transport éventuel des cholériques et de leurs vêtements et objets de lingerie, qui seront portés hors de la ville.

Le lieutenant gouverneur de la Galicie, comte de Badeni, a entrepris une tournée d'inspection pour voir si les mesures prescrites sont régulièrement appliquées sur la frontière russe. Jusqu'à présent, l'état sanitaire de l'Autriche est tout à fait normal, mais on signale des cas assez nombreux de *choléra nostras en Hongrie*, et en particulier dans le comtat de Pressbourg, bien rapproché de Vienne.

Alsace-Lorraine. — Le ministère d'Alsace-Lorraine a ordonné de surveiller les voyageurs aux stations frontières de Montreux-Vieux, Avricourt, Chambrey, Novéant, Amanvillers et Fontoy, et d'y établir des locaux pour l'isolement des voyageurs tombés malades. En outre, le ministère a ordonné, eu égard au danger du choléra, de ne pas laisser entrer, jusqu'à nouvel ordre, par la frontière franco-allemande, certaines marchandises transportées par le chemin de fer. Cette interdiction s'applique aux chiffons, aux vieux effets d'habillement, aux objets de literie et au linge ayant déjà servi, mais non aux effets d'habillement, au linge, etc., qui entrent sous forme de bagages de voyageurs.

L'épidémie cholériforme en France.

On trouvera plus haut quelques renseignements dus à l'un de nos collaborateurs sur le choléra nostras dans les environs de Saint-Denis. En ce qui concerne le reste de la banlieue on peut considérer l'épidémie comme terminée ou à peu près.

La petite ville de Gonesse vient d'être éprouvée par quelques cas de choléra nostras. D'après le maire, il y a quelques jours arrivait à Gonesse un ouvrier belge qui venait d'Aubervilliers. Peu de temps après son arrivée, cet ouvrier mourut à la suite de diarrhées cholériformes. Le médecin de l'hôpital chargea un malheureux, nommé D..., de brûler immédiatement les vêtements du défunt. Au lieu de les brûler, D... les apporta dans le logement qu'il habitait avec son gendre, sa fille et sa petite-fille. D... fut aussitôt atteint de la maladie et succomba en quelques heures. Sa fille le suivit de près, sa petite-fille mourut foudroyée, enfin son gendre est mort le lendemain (1).

Il y a bien encore, comme dans tous les environs de Paris, plusieurs cas de diarrhées cholériformes, mais ils n'ont rien d'effrayant.

Le choléra nostras règne également à Duguy et au Blanc-Mesnil.

A Rouen, Mme L... et ses deux filles ont succombé à quelques heures d'intervalle. On attribue ces décès presque subits à des accidents cholériformes.

A Villiers-le-Bel, 3 août, quelques cas de choléra se sont déclarés.

Interçolonial medical Congress of Australasia.

Congrès de médecine intercolonial d'Australasie.

3e SESSION.

Sydney (New South Wales) : 26 au 30 septembre 1892.

Le prochain Congrès de médecine intercolonial aura lieu, le mois prochain, à Sydney (Australie). La session s'ouvrira le 26 septembre et se terminera le 30 septembre 1892.

(1) Sur dix cas qui se sont présentés à Gonesse, il y aurait eu sept morts.

Voici la constitution du bureau :

Président : P. Sydney Jones, 16, College Street, Hyde-Park, Sydney, N. S. W. — *Vice-Présidents* : J. Cooke Verco (d'Adelaïde), Th. Naughton Fitzgerald (de Melbourne), J.-R.-M. Thomson (de Victoria); B. Poulton (d'Adélaïde); Ph.-Ed. Muskett (Sydney); F.-E. Hare (Queensland); S[r] A. Roberts (Sydney); A. Renwick (Sydney); J.-C. Cox (Sydney); W.-J. O'Reilly (Sydney); W. Brown (Paromatta). — *Trésorier* : Th. Chombers. — *Secrétaires* : T.-P. Anderson Stuart (de Sydney); J.-S. Knaggs (Sydney).

Ce Congrès comprend 5 sections :

SECTION I. — *Médecine et maladies de la peau.*

Président : M. J. Robertson (Melbourne); *Vice-Présidents* : J.-C. Verco (Adélaïde); E.-O. Giblin (Hobart, Tasmanie); D. Colquhoun (Dunedin); J.-P. Ryan (Melbourne). — *Secrétaires* : R.-R. Huxtable (Sydney); R. Scot Skirving (Sydney).

SECTION II. — *Chirurgie et maladies des yeux, des oreilles et du nez.*

Président : M. Gardner (Adélaïde). — *Vice-Présidents* : J.-W. Barrett (Melbourne); W.-E.-C. Colbris (Wellington, New-Zealand); T.-A. Bowen (Melbourne); Fr.-D. Bird (Melbourne); C.-R. Ryan (Melbourne); D. Hardie (Brisbane, Queensland); Adam Jameson (Perth, Western Australia). — *Secrétaires* : Th. Fiaschi (Sydney); A. Mac Cormick (Sydney).

SECTION III. — *Gynécologie, accouchements et maladies des enfants.*

Président : M. W. Balls-Headley (Melbourne); — *Vice-Présidents* : F.-C. Batchelor (Dunedin); R.-D. Puinock (Ballarat, Victoria); R.-S. Bright (Hobart, Tasmania); Ed. Huichcliff (Sandhurst, Victoria). — *Secrétaires* : Joseph Foreman (Sydney); R. Worrall (Sydney).

SECTION IV. — *Hygiène publique, médecine légale, mentale et démographie.*

Président : M. H.-H. Whittall (Adélaïde). — *Vice-Présidents* : A. Gresswell (Melbourne); D. Macgregor (Wellington); Fr. Ogston (Dunedin); Mc Creery (Kew Victoria); Taylor (Brisbane); Barnard (Hobart); Macfarlane (New Norfolk, Tasmania); A. Waylen, (Perth). — *Secrétaires* : J.-A. Thompson (Sydney); Eric Sinclair (Sydney).

SECTION V. — *Anatomie et physiologie.*

Président : M. Brookes Allen (Melbourne). — *Vice-Présidents* : A. Watson (Adélaïde); J.-H. Scott (Dunedin); B. Spencer (Melbourne); L. Gibson (Brisbane); Stirling (Adélaïde). — *Secrétaires* : J.-T. Wilson (Sydney); C.-J. Martin (Sydney).

Le Bureau du Congrès a fait les plus louables efforts pour attirer en Australie un grand nombre de médecins européens et des réductions considérables ont été obtenues des Compagnies anglaises pour atténuer autant que possible les frais de voyage.

Pour tous renseignements relatifs au voyage à prix réduit, s'adresser à M. le D[r] Félix TERRIER, délégué français, 3, rue de Copenhague, à Paris.

Adresse du Congrès :

Postale : 16, College street, Sydney, N. S. W.
Téléphonique : n° 416, Sydney.
Télégraphique (Cable adress) : " *Congress*, Sydney.

Médecins conseillers généraux.

Viennent d'être nommés Conseillers généraux les médecins dont les noms suivent :

Allier : M. le P[r] Cornil, g., sénateur, s. (Cusset, arr. de la Palisse). *Alpes-Maritimes* : M. le D[r] Baréty, g., s. (Puget-Théniers). *Ardennes* : M. le D[r] Martin, g., s. (Le Chesne, arr. de Vouziers). *Aube* : M. le D[r] Théveny, g., s. (Méry-sur-Seine, arr. d'Arcis-sur-Aube). *Aveyron* : M. le D[r] Rouquayrol, dr., s. (Saint-Geniez, arr. d'Espalion). *Charente-Inférieure* : M. le D[r] Bourcy, g., s. (Saint-Jean-d'Angély). *Cher* : M. le D[r] Guillot, g., s. (Saulzais-le-Potier, arr. do Saint-Amand). *Corrèze* : M. le D[r] Coudert, g., s. (Sornac, arr. d'Ussel). *Corse* : M. le D[r] Pitti-Ferrandi, d., s. (Muro, arr. de Calvi); M. le D[r] Balesi, g., s. (Porto-Vecchio, arr. de Sartène). *Côte-d'Or* : M. le D[r] Gagey, g., s. (Pouilly-en-Auxois, arr. de Beaune). *Dordogne* : M. le D[r] Emery, g., s. (Montfort, arr. de Ribérac); M. le D[r] Desvergnes, g., s. (Verteilles, arr. de Ribérac), M. le D[r] Sarrazin, g., s. (Sarlat). *Drome* : M. le D[r] Chevandier, dép., g., s. (Saillans, arr. de Dié). *Eure* : M. le D[r] Isambert, dép., g., s. (Pacy, arr. d'Évreux). *Finistère* : M. le D[r] Cosmao-Dumenez, dép., g., s. (Pont-l'Abbé, arr. de Quimper). *Gard* : M. le D[r] Réguis, g., s. (Villeneuve-les-Avignon, arr. d'Uzès). *Gers* : M. le D[r] F. Sancet, g. (Auch, sud). *Haute-Garonne* : M. le D[r] Meslé, g., s. (Rieumes, arr. de Muret); M. le D[r] Clavet, g., s. (de Riex, arr. de Musset), n'a pas été réélu. *Hérault* : M. le D[r] Scheydt, g., s. (Cette, arr. de Montpellier). *Indre* : M. le D[r] Guérineau, g. (Levroux, arr. de Châteauroux). *Landes* : M. lo D[r] Poucy, g., s. (Tartas, est, arr. de Saint-Sever). *Haute-Loire* : M. le D[r] Devins, g., s. (Brioude). *Manche* : M. le D[r] Bouteiller, g. (Valognes). *Marne* : M. le D[r] Jolicœur, g., s. (Reims, 4[e] canton). *Nièvre* : M. le D[r] Gros, d., s. (Decize, arr. de Nevers). *Oise* : M. le D[r] Lesage, g., s. (Beauvais, N.-E.). *Orne* : M. le D[r] Levesque, g., s. (Domfront). *Puy-de-Dôme* : M. le D[r] Chambige, g., s. (Pont-du-Château, arr. de Clermont-Ferrand); M. le D[r] Mary-Durand, directeur du *Courrier médical*, g., s. (Soulanges, arr. d'Issoires); M. le D[r] Bataille, g., s. (Saint-Gervais, arr. de Riom). *Basses-Pyrénées* : M. le D[r] Cledon, député, g. (Navarreux, arr. d'Orthez). *Sarthe* : M. le D[r] Legludic, g. dép. (Sablé, arr. de la Flèche). *Haute-Savoie* : M. le D[r] Chautemps, député, g., s. (Saint-Julien). *Seine-Inférieure* : M. le D[r] Lecoq, g. (Cany, arr. d'Yvetot). *Seine-et-Oise* : M. le D[r] Peyron, g., *Directeur de l'Assistance publique* (Marines, arr. de Pontoise). *Deux-Sèvres* : M. le D[r] Chevallereau, g. (Parthenay). *Tarn* : M. le D[r] Selinie, g. (Cuq-Toulza, arr. de Lavaur). *Vaucluse* : M. le D[r] Lemoyne, g. (Valvas, arr. d'Orange). *Vendée* : M. le D[r] Angeard, g. (Mareuil, arr. de la Roche sur-Yon); M. le D[r] Bourgeois, dr. s., dép. (Mortagne, arr. de la Roche-sur-Yon); M. le D[r] Pineau, g., d. s. (Saint-Hilaire-des-Loges, arr. de Fontenay-le-Comte). *Vosges* : M. lo D[r] Joyeux, g. (Mirecourt). *Yonne* : M. le D[r] Guillot, g., s. (Ancey-le-Franc, arr. de Tonnerre).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 24 juillet 1892 au samedi 30 juillet 1892, les naissances ont été au nombre de 1298 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 469; illégitimes, 199, Total, 668 — *Sexe féminin* : légitimes, 442 ; illégitimes, 188. Total, 530.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 24 juillet 1892 au samedi 30 juillet 1892, les décès ont été au nombre de 956 savoir : 499 hommes et 457 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 8, T. 16. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 11, F. 12, T. 23. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8 — Diphtérie, Croup : M. 16, F. 9, T. 25. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 103, F. 53, T. 156. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 9, T. 20 — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 7, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 29, T. 45. — Méningite simple : M. 13, F. 8, T. 21 — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M 21, F. 21, T. 42. — Paralysie, M. 3, F. 6, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 4, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 23, T. 51. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 11, T. 17. — Bronchite chronique, M. 10, F. 11, T. 21. — Broncho-Pneumonie : M. 13, F. 15, T. 28, — Pneumonie : M. 13, F. 10, T. 23. — Gastro-entérite, biberon : M. 52 F. 56, T. 108 — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 3, T. 11. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 10, F 12, T. 22. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 15, T. 15 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 18, F. 10, T. 28. — Sénilité : M. 11, F. 17, T. 28. — Suicides : M. 9, F. 2, T. 11. — Autres morts violentes : M. 18, F. 4, T. 22. — Autres causes de mort : M. 81, F. 94, T. 175. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 0, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32, illégitimes, 17. Total : 49 — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 6. Total : 28.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — M. GILLES (François-Michel), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Nous apprenons avec le plus vif plaisir la nomination du Dr OLIVIER, ancien interne des hôpitaux et chef de service à la *Policlinique de Paris*, au titre d'officier d'Académie. Tous nos sincères compliments à notre savant et dévoué ami.

HYGIÈNE DES HÔPITAUX A PARIS. — Un blessé entre le 19 juillet 1892 à l'hôpital Bichat. Le lendemain 20, la température augmente et, dans l'après-midi, on fait une laparotomie exploratrice. On constate une rupture du rein. Mort le 27 juillet, à 10 heures du matin. L'autopsie devant être intéressante, au bout de 24 heures on enjoint au garçon d'amphithéâtre qu'il ait à prévenir, par télégramme, l'externe du service chargé des autopsies, à son domicile privé. Le décès a été signalé par le directeur de l'hôpital à la mairie de l'arrondissement et au commissaire de police du quartier. Ce dernier envoya même un médecin qui vint regarder le cadavre, après que deux chirurgiens des hôpitaux eurent constaté le décès. Au bout de 48 heures, on ne reçoit ni permis d'autopsie, ni permis d'inhumer. La température tropicale et la mort par accident déterminent une rapide putréfaction du cadavre, putréfaction telle que le directeur de l'hôpital est obligé de le faire partir, le 30 juillet, à 10 heures du matin, pour l'École pratique de la Faculté. Le 1er août, le 2, le 3, le 4, aucune nouvelle du Parquet, autorisant l'autopsie ou donnant le permis d'inhumer.

L'HYGIÈNE DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES. — Le gouverneur de Paris, qui a visité récemment les hôpitaux militaires de son gouvernement, a constaté avec satisfaction que le nombre des malades y était des plus restreints et que partout, d'ailleurs, les précautions recommandées par le ministre de la guerre sont judicieusement appliquées.

LAICISATION DES HÔPITAUX DE ROUBAIX. — Le Conseil municipal de Roubaix a pris une délibération décidant que les établissements hospitaliers qui refuseront la laïcisation seront, à l'avenir, privés de toute subvention de la part de la ville.

LA CRÉMATION EN ALSACE-LORRAINE. — M. le président du consistoire du Temple-Neuf a adressé au maire de Strasbourg une requête demandant la construction d'un *four crématoire* dans cette ville. A l'appui de sa demande, il fait valoir que les cimetières deviennent insuffisants, que l'ensevelissement des cadavres cause fréquemment, à la suite d'infiltrations, des infections de l'eau, et que les émanations provenant des cimetières vicient l'air et répandent le germe de maladies; enfin qu'au point de vue religieux aucune objection ne peut être soulevée contre la crémation.

LABORATOIRE DES HÔPITAUX. — Sur le rapport de M. le Dr Dubois, le Conseil municipal vient de voter une subvention de 2,000 francs pour le cours de chimie pathologique que fait M. Albert Robin à l'hôpital de la Pitié.

LES ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le Conseil général de la Seine a discuté récemment le rapport présenté par M. Deschamps, au nom de la 3e commission, sur un projet de placement familial de certaines catégories de malades internés dans les asiles de la Seine. M. le rapporteur a exposé l'économie du projet et fait ressortir les expériences concluantes, à son avis, faites à l'étranger, notamment en Belgique, dans la colonie familiale de Gheel, ville de 12,000 âmes, où les aliénés, au nombre 1,800, sont disséminés dans les familles du pays. Après une discussion à laquelle ont pris part MM. Heppenheimer, Rousselle, le directeur des affaires départementales, Levraud, Piperaud, G. Berry, Cattiaux, le préfet de la Seine et Deville, les conclusions du rapport de M. Deschamps invitant l'administration à établir à Dun-sur-Auron (Cher) une première colonie familiale de cent déments séniles exclusivement choisis parmi les inoffensifs ont été adoptées. Un crédit de 75,625 francs est mis à cet effet à la disposition de l'administration.

LE SERVICE DES EAUX A LIVERPOOL. — Le duc de Connaught a inauguré, jeudi, il y a quinze jours, le nouveau réservoir d'eau destiné à fournir à la consommation de la ville de Liverpool. Ce réservoir est un véritable lac, artificiellement formé sous la direction de l'ingénieur Deacon, dans la vallée de Vyrnwy, entre les montagnes de Berwyn (pays de Galles), au moyen d'une digue longue de 400 mètres, haute de 53 et large à sa base de 40, dont les fondations sont jetées dans le roc vif. Les travaux ont duré onze ans et coûté 100 millions de francs. Le lac de Vyrnwy doit fournir à Liverpool, qui a 517,000 habitants, 57 millions de litres par jour. Il contient 1,000 fois au moins cette quantité d'eau, ayant plus d'un kilomètre en largeur sur 7 1/2 de long. La longueur de l'aqueduc qui mène les eaux à Liverpool est de plus de 100 kilomètres.

LE MONUMENT DU Dr FRÉRY. — On vient d'élever à Belfort un monument à la mémoire du Dr Fréry, sénateur du Haut-Rhin. M. le Dr Grisez, député de Belfort, a prononcé un discours devant le monument. (*France médicale*).

POLICLINIQUE DE PARIS. — *Distribution des prix à l'École d'ambulancières et d'ambulanciers.* — Jeudi 4 août a eu lieu à la Policlinique de Paris, 28, rue Mazarine, l'examen oral de l'École d'ambulancières et d'ambulanciers, qui a été immédiatement suivie de la distribution des diplômes. Sur trente-deux élèves inscrits, nous avons le regret de constater que trois seulement ont obtenu le diplôme. Cela a surtout tenu à l'heure des cours qui se faisaient dans la journée. L'an prochain, les cours de ces écoles, dont le besoin se fait vivement sentir, auront lieu tous les soirs à 8 heures à la Policlinique de Paris et dans les mairies des IVe, IXe, XIe, XIVe et XXe arrondissements. Nous souhaitons le plus vif succès aux futures écoles qui, comme on le sait, ont été créées par la Policlinique, sur le rapport d'un de nos collaborateurs.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 24 juillet 1892, rendu sur la proposition du Ministre de la Marine et des Colonies, ont été promus ou nommés dans le corps de santé des Colonies et pays de protectorat ; 1° *Au grade de médecin de 1re classe* (Pour prendre rang du 30 juin 1892) : M. Mirabel (Marc), médecin de 1re classe de la marine. (Pour prendre rang du 24 juillet 1892) : Les médecins de 2e classe de la marine, MM. Haueur (Henri-Jean-Baptiste), Villars (Gaston-Antoine-Elois-Marie), Pierre (Louis-Edouard-Pierre), médecin de 2e classe des Colonies. — 2° *Au grade de médecin de 2e classe* (Pour prendre rang à la date de leur brevet) : M. Carrière (Jules-Emilien-Gustave), médecin de 2e classe de la marine, du 11 août 1888 ; les médecins de 2e classe de la marine, du 29 mai 1890, MM. Marquehosse (Pierre-Victor), Pujol (Auguste-Marie-Joseph) ; les médecins de 2e classe de la marine, du 7 mai 1892, MM. Dutigny (Pierre-Joseph Lucien), Brochet (Gaston-Edmond-Marie), Lautour (Louis-Camille), Maureau (Jacques-Joseph-Emile), Millet (Jules-Antoine). — 3° *Au grade de pharmacien de 2e classe* (Pour prendre rang du 24 juillet 1892) : Les pharmaciens auxiliaires de 2e classe de la marine, MM. Ventrillon (Edouard-Oscar), Ducaux (Ernest).

NÉCROLOGIE. — M. Emile HORTELOUP, conseiller à la cour d'appel de Paris, frère du chirurgien de Necker, est décédé à l'âge de cinquante-deux ans. Après avoir été avocat à la Cour de cassation, M. Horteloup entra dans la magistrature en qualité de substitut au tribunal de la Seine. Membre de la Société de Médecine légale de France, aux travaux de laquelle il prenait une part très active, il fut appelé par ses collègues à la présidence.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 33. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 13 AOUT 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL NECKER. — SERVICE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES. — M. le Pr **Félix GUYON**.

De la Cystite calculeuse ;

Leçon recueillie par **Robert SOREL**, interne de service.

Dans cette leçon, nous étudierons le développement et l'histoire de la cystite des calculeux. Nous verrons les rapports qui existent entre le calcul et la cystite et nous en déduirons certaines règles importantes de pratique. Nous savons tous aujourd'hui que la cystite est une infection de la vessie. C'est là un fait indéniable.

Il nous faut donc chercher : 1° dans quelles conditions les vessies sont infectées chez les calculeux ; 2° ce que deviennent ces vessies atteintes de cystite.

Pour résoudre la première question, il faut se demander d'abord si la cystite a précédé la formation du calcul. C'est là un fait frappant surtout s'il s'agit de calculs phosphatiques toujours de formation secondaire. De plus, une pierre peut se développer dans une vessie atteinte de cystite une fois, deux fois, et même davantage. Les récidives sont fréquentes. Dans ces cas on est amené à se poser cette question. La cystite est-elle inséparable de la présence d'un calcul dans la vessie ?

Pendant longtemps on a prétendu qu'elle était inséparable. Le calcul peut, d'après la plupart des chirurgiens, provoquer, par sa présence même, la cystite. Nous ne partageons pas cette opinion. Le calcul, en effet, n'a pas toutes les qualités nécessaires pour déterminer la cystite. Il peut, par sa présence, provoquer très souvent dans les cas de calcul urique, c'est-à-dire de formation primitive, une irritation vésicale excessive. Il y a, dans l'histoire des malades, des faits paraissant contradictoires, des phénomènes intermittents, alors que la lésion est permanente. Ces faits s'expliquent par la présence d'une pierre dure dans une vessie très sensible. Quelquefois il se passe des mois sans que le malade soit incommodé. La physiologie nous donne facilement l'explication de ces faits. C'est une simple affaire de contact entre la vessie et la pierre. Avec un contact simple, unique, la sensibilité de l'organe n'est pas éveillée ; avec un contact plus intense, plus long, après une succession de contacts (voyages en voitures mal suspendues), la sensibilité, au contraire, est très considérablement augmentée. Aussi ces phénomènes douloureux disparaissent-ils quand le malade est au repos. Les malades sont guéris le matin et le soir ils retombent malades.

Cependant on ne peut noter des accès très douloureux, alors qu'il n'y a pas de cystite. Si le calcul, en effet, n'a pas tout ce qu'il faut pour déterminer la cystite, il remplit certaines conditions : par le contact prolongé, il se produit une vascularisation plus intense, une congestion notable de la vessie. Par cette excitation toute physiologique, les besoins d'uriner deviennent plus fréquents, plus douloureux. Les hématuries surviennent alors par ce mécanisme et chez les individus atteints de calculs et chez les malades atteints de néoplasme. C'est là une règle importante à se rappeler que les hématuries surviennent toujours après une série de mouvements du malade, qu'elles cessent avec le repos.

Cependant certains malades ont de l'hématurie alors qu'ils n'ont fait aucun mouvement. Dans ces cas, il s'est établi assurément une vascularisation plus complète favorisant ainsi l'hématurie. Ces hématuries peuvent même être plus considérables et persistantes, c'est ce que l'on voit chez les néoplasiques.

La réceptivité est déjà faite chez les calculeux pour la cystite. La vessie est préparée pour l'infection. Un cathétérisme septique fait éclore cette infection. C'est un fait très important que cette influence du cathétérisme fait sans les règles de l'asepsie.

Le calcul, en effet, ne détermine pas d'inflammation aussi bien dans le rein que dans la vessie. Il ne fait que préparer ces organes à l'infection. Le calcul se développe en quelque sorte d'une façon aseptique.

Etudions maintenant la deuxième question. Que deviennent ces vessies atteintes de cystite, autrement dit, que deviendra le malade avec son calcul et sa cystite ?

Les observations nous montrent deux choses : tantôt la cystite est passagère, tantôt elle est permanente.

Etudions d'abord les cystites passagères.

Les malades ont le privilège temporaire de vider complètement leur vessie, parce que leur musculature est tenue en éveil par ces petites excitations qui augmentent les contractions de la vessie. Le fait est d'autant plus remarquable que la plupart de ces calculeux sont âgés presque tous, prostatiques et cependant chez eux il n'y a pas de rétention.

Une fois délivrés de leur calcul, la rétention peut s'établir chez eux. De là un fait très important dans la pratique et qu'il ne faut pas oublier, on guérit ces malades de leur pierre, mais on peut être provocateur de la rétention. Heureusement ces rétentions ne se produisent pas toujours et ne sont pas également toujours permanentes.

La guérison peut se faire toute seule chez les calculeux parce qu'ils vident complètement leur vessie ; le repos suffit pour la produire. L'excitation physiologique est supprimée et la cystite disparait parce que la vessie se vide bien. De là une déduction pratique très importante : il faut laisser les malades quelques jours au repos pour pouvoir les opérer dans de bonnes conditions.

Il est d'autres calculeux qui une fois infectés restent infectés. Heureusement ce n'es que le petit nombre.

Le chirurgien doit redouter les dangers de cette infection. Les reins eux-mêmes chez les calculeux sont en état de réceptivité. Personne n'ignore l'action réflexe de la vessie sur le rein. C'est un fait bien démontré. Dans les cas de cystite, le rein peut être congestionné. La quantité d'urine augmente avec la rétention. Plus les mictions sont rares, plus les urines sont augmentées.

Des malades avec des urines aseptiques qui viennent d'avoir des coliques néphritiques peuvent avoir les reins

congestionnés, même s'ils sont sondés aseptiquement.

Une fois déclarée chez les tuberculeux, la cystite évolue. Les douleurs qui accompagnent alors la présence de la pierre sont quelquefois atroces. Dès la plus haute antiquité, l'acuité de ces douleurs a été remarquée. Au moyen âge, les douleurs de la pierre étaient considérées comme le summum de la souffrance : fait inexact et vrai suivant que la vessie a été ou non infectée, inexact dans le cas de non infection, vrai dans le cas d'infection.

La cystite peut-elle par elle-même engendrer le calcul? Oui la précipitation des sels terreux se fait sous l'influence de la vie nouvelle des organismes qui modifient les urines. Il se forme des dépôts phosphatiques. Tant que la vessie se trouve dans cet état particulier, les calculs peuvent apparaître. Ainsi, j'ai opéré par la taille hypogastrique un individu porteur d'un calcul avec cystite. J'ai extrait des calculs phosphatiques en grande quantité, une assiette environ ; six mois après je faisais une nouvelle taille et retirais la même quantité de calculs phosphatiques. Le malade est mort quelques années après, les reins étant infectés.

Faut-il opérer un calculeux atteint de cystite ? Oui. Il y a quelques années les avis étaient très partagés sur cette question. On disait : Puisque le calcul a produit de telles lésions, que sera-ce donc après les traumatismes chirurgicaux, surtout après la lithotritie qui multiplie les contacts.

Ces craintes sont aujourd'hui dissipées. Nous savons en effet : 1° par l'étude de la physiologie, que les contacts ne signifient rien, que la mise en tension seule a de l'importance ; 2° que la cystite est un état infectieux. On ne risque rien en intervenant. Bien au contraire l'intervention fait disparaître la cystite. On n'aggrave pas le mal, mais au contraire on le diminue et on le guérit, pourvu toutefois que l'opération soit faite avec toutes les règles de l'asepsie et de l'antisepsie.

Le chirurgien devant un malade atteint de cystite calculeuse ne doit pas hésiter à faire une opération, parce que le malade a un calcul et parce qu'il a une cystite.

Il se trouve parfois que la sensibilité de la vessie est considérablement exagérée. Le calcul est emprisonné par les contractions de la paroi vésicale. Ce n'est pas là une contre-indication, c'est simplement une difficulté que le chirurgien doit savoir surmonter.

Cette cystite des calculeux aura-t-elle de l'influence sur les actes opératoires ? Y aura-t-il des dangers post-opératoires à redouter? Aucunement. Grâce aux antiseptiques, ces interventions chirurgicales ne donnent pas plus que les autres lieu à des accidents. Nous n'avons en effet qu'à consulter pour cela l'analyse des urines du n° 5 de la salle Velpeau avant l'opération. Nous voyons qu'elles contiennent des microbes de l'infection, entre autres l'uro-bacillus liquefaciens septicus, le plus virulent de tous ces micro-organismes, et cependant nous n'avons à noter aucun accident post-opératoire. De là une règle absolue. Il faut guérir la cystite complètement, autrement les récidives sont certaines et rapides.

Il faut faire dans ces cas : 1° le traitement local de la cystite ; 2° il faut enlever jusqu'au plus petit fragment de calcul. Aussi la vérification est-elle nécessaire. Il faut toujours vérifier les malades en état de cystite.

La cystite cesse à mesure que la quantité des fragments disparait. Les observations en font foi. Grâce à l'opération merveilleuse de Bigelow (lithotritie rapide), on arrive à bonne fin.

On voit que l'histoire de la cystite calculeuse est intéressante à un double point de vue : au point de vue pratique et au point de vue doctrinal.

Au point de vue doctrinal on voit que le développement des calculs se fait d'une manière aseptique. Le calcul par lui-même ne peut déterminer de cystite, il n'a pas de puissance infectante.

Les cystites des calculeux sont « logés à la même enseigne » que les autres cystites. Aussi on ne peut pas les classer d'après les espèces de microbes, pas plus qu'on ne peut les classer cliniquement.

La seule classification possible est la classification étiologique. L'observation, l'expérimentation, la physiologie, l'anatomie pathologique et la bactériologie s'unissent pour faire prévaloir cette classification.

Hospice La Rochefoucauld. — *Fête annuelle.* — La maison de retraite de La Rochefoucauld, avenue d'Orléans, 15, a célébré sa fête annuelle la semaine dernière. Tous les ans, en effet, à pareille époque, conformément au désir du fondateur, pendant une journée entière l'hospice est en fête. Les salles et les jardins étaient brillamment décorés de drapeaux et de lanternes vénitiennes. La musique municipale du XIVe arrondissement, après avoir joué plusieurs morceaux de son répertoire dans la cour de l'hospice, s'est rendue auprès de l'infirmerie, pour que les malades incapables de marcher pussent, eux aussi, jouir de la fête. Le soir, dîner et bal, auxquels ont pris part les pensionnaires de l'hospice.

Hygiène des Villes. — *Les mauvaises odeurs à Paris.* — Dans sa séance du 12 juillet dernier, le Conseil municipal de Paris a adopté une proposition de M. Bompard tendant à inviter la Commission sanitaire départementale à rechercher la cause des odeurs nauséabondes qui se répandent dans Paris et à examiner si la Préfecture de Police a récemment donné des autorisations à des établissements insalubres dans un rayon proche de Paris. M. le Secrétaire général de la Préfecture de Police a déclaré que la Préfecture de Police n'a donné aucune autorisation de ce genre.

La variole a Paris. — On signalait récemment une petite épidémie de variole rue des Lyonnais, dans le quartier du Val-de-Grâce. Cette rue, étroite et sale, est habitée par des chiffonniers et des brocanteurs. On n'a relevé, jusqu'ici, qu'une dizaine de cas ; les logements des varioleux ont été immédiatement désinfectés au sulfate de cuivre par les soins du commissaire de police du quartier. L'épidémie s'est localisée dans la rue des Lyonnais ; aucun cas de variole ne s'est produit dans les rues avoisinantes. Comme la plupart de ces chiffonniers ne sont pas vaccinés, on va établir à la mairie du 5e arrondissement un service de vaccination gratuite où ils seront invités à se présenter.

Missions scientifiques. — M. le Dr Depéret, professeur de géologie à la Faculté des sciences de Lyon, est chargé d'une mission en Autriche-Hongrie, Roumanie et Russie, à l'effet d'étudier la formation des terrains de la vallée du Danube et de la Crimée. — M. le Dr Jules Janet, attaché à la Clinique des maladies des voies urinaires, à l'hôpital Necker, est chargé d'une mission en Allemagne, à l'effet d'y étudier le fonctionnement des cliniques similaires. — M. Georges Le Mesle, correspondant du Muséum, est chargé d'une mission en Turquie, qui a pour objet l'étude de la géologie du Bosphore. — M. Chantre, sous-directeur du Muséum des Sciences naturelles de Lyon, est chargé d'une mission dans la Russie méridionale et en Turquie, où il poursuivra ses études anthropologiques et archéologiques. — M. Paul Berthod, ancien interne, et M. Hun-Kiarbeyendian, ex-préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, sont chargés d'une mission scientifique en Turquie d'Europe et en Turquie d'Asie, à l'effet d'étudier l'organisation de l'enseignement médical, spécialement au point de vue de la gynécologie et de l'obstétrique.

Service de santé militaire. — Le *Journal officiel* publie la nomination au grade de médecin principal de 1re classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale de MM. Giard, Frilley, Krug-Basse, Lévy et Bazille, médecins principaux de l'armée active retraités. Suivent des nominations aux grades de médecin principal de 2e classe, médecin-major de 1re et de 2e classe.

Service de santé de la marine. — M. le médecin en chef de la marine Forné a été nommé avec son grade dans la réserve de l'armée de mer.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Concours d'agrégation.

Le *Journal Officiel* du 6 août publie un arrêté instituant des agrégés près les Facultés de médecine. Dans cette liste des nouveaux agrégés figurent les agrégés de la section de pathologie interne et de médecine légale (Voir p. 124), bien qu'un pourvoi contre les résultats du concours ait été déposé au Conseil d'Etat. Ces nominations ne préjugent rien quant à la décision de cette assemblée.

Plusieurs raisons pour ou contre ont été invoquées auprès du ministre au sujet de cette publication. On s'est demandé si, en cas où le Conseil d'Etat annulerait les opérations du concours, les examens auxquels vont participer les agrégés de médecine ne seraient pas de nul effet. M. Léon Bourgeois s'est alors décidé à prendre l'avis du Conseil judiciaire du Ministère de l'Instruction publique. Ce Conseil ayant déclaré que les examens ou actes analogues ne seraient pas entachés de nullité, M. le Ministre, rassuré, et profitant des vacances, a cédé aux sollicitations dont il était l'objet, sans attendre la décision du Conseil. Les agrégés désignés ont insisté sur le préjudice que pourrait leur causer un ajournement indéfini, si le pourvoi était rejeté, le temps pour la retraite ne comptant, croit-on, qu'à partir de la publication à l'*Officiel*. On a fait valoir aussi le long délai que s'accorde le Conseil d'Etat pour examiner les affaires qui lui sont soumises. Cet argument n'est pas sérieux. Il suffit au Gouvernement de le vouloir pour abréger ce délai.

On a invoqué enfin la nécessité de pourvoir aux besoins de la Faculté, surtout pour les examens. Or, rien n'était plus facile en rappelant en exercice les anciens agrégés. Cette mesure avait l'avantage de laisser aux juges le temps de se prononcer, et, sous un régime républicain, cela était plus naturel. L'arrêté ministériel a l'inconvénient de paraître exercer une pression sur le Conseil d'Etat et de préjuger le sens de la décision à venir.

Que sera cette décision ? Nul ne le sait. Mais il est un fait certain, c'est que les irrégularités des derniers concours de l'agrégation ont appelé très sérieusement l'attention publique sur leur fonctionnement, sur l'urgence de les réformer radicalement si, ce qui serait préférable à notre sens, on ne veut pas supprimer l'agrégation. La composition anormale du jury, la nomination par le ministre du président qui devrait être élu par les juges prêtent à de sérieuses critiques. Il en est de même de la façon peu sérieuse dont se font ceataines épreuves. On se pose enfin la question de savoir s'il ne conviendrait pas d'en revenir à l'ancienne pratique et de laisser chaque Faculté nommer ses agrégés sous le contrôle d'un délégué du ministère de l'Instruction publique. B.

Congrès d'Anthropologie criminelle.

(3e Session : *Bruxelles*. Août 1892.)

La séance d'inauguration du 3e Congrès international d'Anthropologie criminelle a eu lieu, dimanche dernier, à Bruxelles. Le Ministre de la Justice, M. Lejeune, qui présidait, à titre honorifique, a remercié l'assemblée au nom du Gouvernement belge.

Après confirmation des pouvoirs du Comité provisoire d'organisation, son président, M. le Dr Semal, Directeur de l'asile d'aliénés de Mons, a lu un discours dont un passage, qui avait trait aux doctrines de l'Ecole italienne, a été fort remarqué. Il a rappelé ensuite le rôle du Congrès de Paris dans la régularisation de l'Anthropologie criminelle. Ce Congrès a, en effet, tracé pour cette science une véritable méthode qui lui a rendu les plus grands services.

Tout le monde a remarqué et commenté l'abstention de l'Ecole italienne et, comme le faisait remarquer avec juste raison cette semaine un de nos confrères, c'est là un signe des temps. Il serait hors de propos d'insister davantage sur une constatation que tout le monde a pu faire et que M. le Président a soulignée, dans son allocution, d'un ironique sourire.

Les travaux du Congrès ont commencé le lendemain et on trouvera plus loin (1) un aperçu des communications qui y ont été faites.

Signalons seulement, en terminant, la présence, à Bruxelles, des médecins français : le Dr Lacassagne, Henri Contagne (de Lyon), E. Gauckler (de Caen), Tarde, Paul Garnier, Manouvrier, Magnan, Motet, A. Voisin, etc., etc. (2).

(1) Voir page 116.

(2) Il n'y a pas que l'Ecole italienne qui ait brillé par son absence au Congrès *international* d'Anthropologie criminelle. C'était d'ailleurs un mot d'ordre : la *Triple Alliance* tout entière ne devait pas donner. Quand donc en finirons-nous avec des hostilités stupides qui, transportées sur le terrain scientifique, sont d'un effet stérilisant déplorable ? Jusques à quand opposera-t-on sans cesse à des Congrès de langue française ceux de langue anglo-saxonne ? Encore s'il ne s'agissait que d'une question de langue, le problème ne demeurerait pas insoluble. Malheureusement, en l'espèce, il y a tout autre chose en jeu que la science et le langage ! Nous le constatons avec regret, sans pouvoir proposer de remède. M. B.

Les épidémies a Londres. — La dernière statistique publiée par l'office des asiles métropolitains, à Londres, constate que le nombre des cas de fièvre scarlatine actuellement en traitement dans les hopitaux de la capitale s'élève à 2.786. En ajoutant à ce chiffre la somme des cas de typhus, d'entérite et de diphtérie, on arrive au total de 3.142. Il n'y a plus de place au camp de Gore farm, qui, ainsi que nous l'avons annoncé, avait été pourvu de 600 lits, et on ne dispose plus dans les hôpitaux que de 180 lits pour répondre aux innombrables demandes d'admission.

Le buste du Dr Guillotin. — Le buste du Dr Guillotin, commandé par M. le Directeur des Beaux-Arts, est destiné à la salle du Jeu de Paume à Versailles. Le Dr Guillotin aura son buste, non parce qu'il inventa la guillotine, dont le véritable inventeur fut le chirurgien Louis, mais parce que ce fut lui qui, le 20 juin 1789, suggéra aux membres du Tiers-Etat, expulsés de la salle des Etats-Généraux, l'idée de se réunir au Jeu de Paume. On sait que le Dr Guillotin, professeur d'anatomie, de pathologie et de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, fut non seulement un savant de haute valeur, mais un philosophe, un penseur, un réformateur et un homme de bien dans toute l'acception du terme.

Les jeuneurs dans l'histoire. — Succi, le fameux jeûneur, n'avait rien inventé et dans sa carrière il a eu des prédécesseurs. La *Liberté* rappelle ce souvenir : Sous le règne du pape Clément V, en 1306, un Français, qui était au service pontifical, fit un pèlerinage à Jérusalem. A son retour de la Terre Sainte, il cessa de manger. Du moins, personne ne le vit prendre de la nourriture. Ce jeûneur, qui prétendait s'être passé de toute nourriture pendant deux ans, fut considéré comme un saint. Plus tard, par un brusque revirement, on le soupçonna de sorcellerie et de magie, il fut fouetté en place publique et exilé de Rome.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

3e *Session : Blois 1892 (fin)* (1).
Vendredi 5 août (Séance du matin).
PRÉSIDENCE DE M. GIRAUD (Rouen).

M. SAMUEL GARNIER (Dijon) lit une note sur les *Retraites des médecins d'asile*. Les conclusions de son mémoire sont notées par le Congrès.

M. GILBERT BALLET (Paris). — *Sur les caractères de certaines idées de persécution observés chez les dégénérés à préoccupations hypochondriaques ou mélancoliques.* — Depuis le mémoire de Lasègue, les caractères qui différencient les unes des autres les idées longtemps confondues ensemble de persécution et de mélancolie ont été précisés avec netteté. Il est aujourd'hui de notion courante qu'entre le persécuté et le lypémaniaque il y a toute la distance qui sépare le coupable de la victime; tandis que le premier s'en prend au monde extérieur des tourments dont il souffre, le second s'accuse lui-même ; aussi celui-ci est-il humble et résigné pendant que le persécuté est plus ordinairement agressif et révolté. Les distinctions fondamentales ne sauraient être trop mises en lumière ; cependant elles ne sont pas absolument vraies dans tous les cas : il est telle circonstance où l'idée de persécution nettement caractérisée pourtant s'associe au sentiment d'humble résignation, de mésestime du moi qui constitue le fond ordinaire des états lypémaniaques. Les persécutés, dont il s'agit, accusent les autres, se plaignent de leurs agissements et de leurs manœuvres, comme il convient à des persécutés ; mais ils s'accusent avant tout eux-mêmes ; ils ne se dissimulent pas qu'ils ont fourni le prétexte de la persécution et qu'à eux reviennent les premiers torts ; ce sont des victimes, mais coupables et non, comme les persécutés ordinaires, des victimes innocentes. M. Ballet rapporte cinq faits. Dans le premier, il s'agit d'un individu à tares dégénératrices, chez lequel on avait dû faire l'ablation de l'un des testicules, au cours d'une opération de cure radicale de hernie. Or, depuis cette opération, le malade présente des idées de persécution. Il est convaincu que ses camarades, dans son bureau, ses collègues, sur les différents points du réseau de la compagnie de chemin de fer à laquelle il est attaché, sont au courant de son infirmité. On chuchote autour de lui, on le regarde d'une façon très significative. Il a entendu un jour un de ses camarades dire, en passant près de lui : « Oh ! tu es un eunuque. » Maintes fois on l'a appelé *vieux testicule*. Il y a eu, au régiment caserné dans la ville qu'il habite, une affaire de pédérastie. En diverses circonstances, on a fait devant lui allusion à cette affaire, on a murmuré en passant près de lui : « Tiens, tu es comme ça. » Ce sont bien là des idées de persécution avec les interprétations délirantes, les hallucinations auditives, qui accompagnent ces idées d'ordinaire. Eh bien, le persécuté, qui ressemble par la physionomie générale de son délire à tous les persécutés, s'en distingue cependant par un caractère de premier ordre. C'est à peine s'il en veut à ses persécuteurs. Il ne serait pas impossible qu'il les menaçât ou les frappât, mais, s'il le faisait, ce serait plutôt sous l'influence d'un mouvement passager d'impatience ou d'emportement que pour satisfaire un sentiment de vengeance. Les persécuteurs ne sont pas ses ennemis « ils n'ont aucune inimitié contre lui. » Alors pourquoi le poursuivent-ils de leurs obsessions ? C'est à cause de l'infirmité dont il est atteint, infirmité réelle qui, chez un dégénéré, comme il l'est, a été le point de départ d'un échafaudage d'idées morbides. Cet homme est désireux de se faire mettre un testicule artificiel ; cette idée l'obsède « quand j'aurai mon faux testicule, dit-il, il suffira que je dise à un de mes amis : ce qu'on dit n'est pas vrai, pour que mon ami le répète. Et alors mes ennemis actuels, qui n'ont aucune inimitié contre moi, seront enchantés de la chose. » Cette dernière phrase peint très bien les idées de persécution observées chez ce malade ; elle montre ces idées à cheval, d'une part, sur l'idée de persécution telle qu'on l'observe couramment, d'autre part, sur l'idée mélancolique ou plutôt hypochondriaque. L'individu dont il s'agit se plaint des autres, sans doute, mais il se plaint surtout de son infirmité. On le persécute, c'est vrai, mais cette persécution a un motif que le malade reconnaît et dont il exagère considérablement l'importance.

Il s'agit là, on le voit, d'un délire de persécution ayant pour point de départ une idée hypochondriaque et augmentant à ce point de départ certains caractères spéciaux. — M. Gilbert Ballet rapporte quatre autres faits du même ordre. Il est ainsi amené à formuler les conclusions suivantes : Il n'a pas eu pour but de faire ressortir la relation qui relie souvent aux aux idées hypochondriaques les idées de persécution. J'ai voulu montrer qu'à côté des hypochondriaques qui deviennent des persécutés vulgaires, il en est d'autres chez lesquels les idées de persécution affectent des caractères un peu spéciaux. J'ai cherché d'ailleurs à établir que les idées de persécution à physionomie anormale se rencontrent aussi dans certains états de dépression mélancolique. Je pense même que s'il était possible plus souvent d'analyser avec précision les caractères que l'idée de persécution n'ait quand elle y surgit au cours de la mélancolie, on constaterait probablement que d'ordinaire elle affecte la physionomie de celle dont j'ai parlé.

Cette physionomie s'explique par la nature du trouble fondamental d'où l'idée de persécution dérive et qu'elle accompagne. Les individus que poursuit l'obsession d'une infirmité dégradante ou d'une culpabilité imaginaire ne peuvent être que ce qu'ils sont, des honteux ou des humbles. Sans doute ils n'ont pas toujours la résignation passive du mélancolique vulgaire, mais ils n'ont pas non plus les colères et les haines des persécutés ordinaires. Ils n'acceptent pas de gaieté de cœur et sans protestation les taquineries qu'on leur fait subir, mais tout en protestant ils semblent reconnaître que les taquineries sont inscrites et dans une mesure légitime.

Ces idées de persécution survenant chez des dégénérés ont de la tendance à affecter la marche rémittente qu'ont d'ordinaire les troubles mentaux chez ces malades. Leur évolution paraît intimement liée d'ailleurs à celle du trouble fondamental (hypochondriaque ou mélancolique) qui leur a donné naissance : transitoires et rémittentes quand l'idée hypochondriaque est susceptible de rémissions, plus tenaces quand la conviction maladive première est elle-même plus durable.

M. RITTI (Paris) rappelle que plusieurs auteurs ont déjà établi que les malformations diverses des organes génitaux sont très souvent l'origine de préoccupations hypochondriaques se transformant plus tard en idées de persécution. A partir de ce moment les cas évoluent comme un délire de persécution vulgaire.

M. BALLET répond qu'il n'ignore pas cela et que le but principal de son travail a été de mettre en relief le caractère particulier des idées de persécution de quelques-uns de ces malades.

M. RÉGIS (Bordeaux) demande si, chez les persécutés qui tiennent à la fois et des mélancoliques et des persécutés, on note des tentatives de suicide, contrairement à ce qui se passe chez les persécutés vrais, le plus souvent portés à l'homicide.

M. BALLET. — Un de mes malades a fait une tentative de suicide.

M. SÉGLAS (Paris). — Le point le plus intéressant de la communication de M. Ballet est la nature particulière des idées de persécution de ses malades. On ne les rencontre guère sous cette forme que dans les délires liés à la mélancolie et c'est là un point signalé déjà par quelques auteurs, entre autres Schuele, et sur lequel j'ai insisté pour ma part dans différentes publications. Les idées de persécution qu'on trouve chez les mélancoliques délirants ne sont pas des idées de persécution vraies. Au lieu de reposer sur un fonds d'orgueil, elles reposent sur le fonds d'humilité particulière aux idées mélancoliques, elles sont empreintes aussi de ce caractère particulier de résignation qui leur est propre, car le malade trouve ces persécutions justifiées par son indignité, et cette étiquette de persécution que revêt le délire ne l'empêche

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 31.

pas d'être toujours et avant tout un auto-accusateur. Or, les malades de M. Ballet ont des idées de persécution absolument semblables et cependant ils ne présentent aucun symptôme de mélancolie; les troubles émotionnels et aboutiqués du début, qui sont la base du délire, ont ici complètement fait défaut. Au contraire, l'évolution des cas qu'il rapporte se rapproche de celle qu'on observe chez les persécutés par l'apparition primitive du délire, sans troubles émotionnels ou volontaires préalables. Nous ne dirons pas que ces malades sont à la fois mélancoliques et persécutés : ce sont de simples faits de transition. Si les caractères des idées de persécution sont ceux des idées de même nature chez le mélancolique, l'ensemble de la maladie, l'évolution fait ces cas beaucoup plus voisins des délires ordinaires de persécution.

J'ai observé un cas, sinon tout à fait semblable, au moins comparable, celui d'une femme qui, après une période d'accidents neurasthéniques et dyspeptiques très marqués, fut prise subitement d'idées délirantes de persécution, reposant sur un fonds d'humilité qui lui faisait dire que si on la poursuivait, si on la regardait de travers, c'est qu'elle avait tout mal fait, qu'elle avait tous les défauts, qu'elle n'avait pas rempli ses devoirs.

Cette idée de persécution était, en somme, celle des mélancoliques, bien que la malade n'eût jamais présenté aucun symptôme de mélancolie; sauf cela, l'aspect général, la marche de la maladie, l'eussent fait considérer comme atteinte d'une des variétés de délires de persécution que nous rencontrons habituellement. Il était chez elle encore quelques particularités importantes à signaler parce qu'elles dénotaient la présence de ce même terrain psychopathique, signalé par M. Ballet dans ses observations. D'abord la malade était une émotive au plus haut point : ses idées délirantes étaient très rémittentes, se présentant par bouffées d'une durée plus ou moins longue. Les idées étaient presque toujours conscientes chez elle, mais cependant tout en les jugeant déraisonnables, elle ne pouvait les dominer; enfin elles s'accompagnaient toujours et surtout dans les paroxysmes d'un état d'angoisse très prononcé. J'ajouterai que les crises délirantes étaient toujours chez elle en rapport avec une aggravation des désordres neurasthéniques et dyspeptiques, ces derniers étant toujours les plus marqués, et que nous vîmes les troubles intellectuels s'atténuer d'une façon considérable, des rémissions se prolonger sous l'influence d'une thérapeutique et d'une hygiène appropriées, s'adressant surtout aux troubles des fonctions digestives.

M. Raymond (Paris) lit un travail sur les troubles délirants du *goître exophtalmique* dans leurs rapports avec la dégénérescence, et se résume de la façon suivante: Les troubles psychiques de la maladie de Basedow ne font point partie intégrante de l'affection. Ils n'ont rien de spécifique et peuvent revêtir toutes les formes. Ils relèvent en réalité de l'association au goitre de psychoses distinctes et autonomes. Il y a lieu, croyons-nous, d'opérer le dénombrement de ces symptômes psychiques au profit des espèces morbides auxquelles ils doivent être restitués. Une certaine partie a pu être rattachée à la neurasthénie, à l'hystérie, à l'épilepsie, à la manie, à la mélancolie, au délire hallucinatoire, au délire alcoolique, etc... Un groupe important est étroitement lié à la dégénérescence mentale que démontrent les antécédents héréditaires psychopathiques des malades, leur état mental antérieur (déséquilibration), leurs stigmates physiques ou psychiques (obsessions et impulsions), enfin la forme de leurs accès délirants. L'association de la maladie de Basedow avec la dégénérescence mentale n'est pas une coïncidence; elle s'explique par les tares héréditaires dont relèvent les deux ordres de faits. C'est un exemple de la loi de coexistence simultanée des névroses et des psychoses et de leur évolution parallèle et indépendante. La diathèse psychopathique peut se révéler par l'éclosion d'un délire, soit au cours du goitre exophtalmique, soit bien antérieurement à son début, ou encore bien postérieurement à sa guérison, soit enfin successivement dans les différentes conditions. Le choc moral qui provoque la maladie de Basedow peut réveiller simultanément les aptitudes délirantes du sujet. Dans certains cas, le goitre exophtalmique lui-même agit, chez un prédisposé, pour faire éclore les troubles psychiques au même titre qu'une cause occasionnelle banale quelconque. Le goître exophtalmique est une névrose bulbo-protubérantielle, constituée par l'exagération et la permanence des phénomènes physiologiques de l'émotion. C'est une anomalie psychique, l'émotivité qui est à la base de la maladie. Celle-ci n'est souvent qu'un cas particulier des troubles fonctionnels qui, chez les dégénérés, frappent tel ou tel groupe des centres corticaux (psychiques, psycho-moteurs, sensoriels, sensitifs) bulbaires ou spinaux. Il s'agit, dans l'espèce, d'une véritable déséquilibration des centres vaso-moteurs qui coexiste souvent avec des troubles analogues du côté des autres centres de l'axe cérébro-spinal.

Discussion. — M. Joffroy (Paris) ne nie pas la prédisposition héréditaire dont l'existence se manifeste sous l'influence de la maladie de Basedow. Ce fait est commun à bien d'autres cas; mais ici il y a quelque chose de particulier. La maladie de Basedow dépend d'altérations du corps thyroïde. Or, toutes les fois que cet organe est atteint, il y a des troubles mentaux, témoins les crétins, les myxœdémateux. La maladie de Basedow joue donc, même chez les prédisposés, une influence considérable sur l'éclosion des troubles délirants par suite de l'intoxication qui résulte de l'altération des fonctions du corps thyroïde.

M. Raymond ne nie pas que, comme cause occasionnelle, la maladie de Basedow ne puisse avoir une grande influence; mais son rôle se borne là, elle ne crée pas les formes du délire qui sont celles habituelles aux aliénés, dégénérés héréditaires.

M. Joffroy (Paris) rapporte l'observation d'une malade syphilitique atteinte de *paralysie générale*, ayant présenté de l'atrophie musculaire, et venant à ce point de vue s'ajouter à une série d'autres (Gullière, Westphal, Magnan, Voisin, Hanot, Liouville, Ball) et il se présente dans des conditions de netteté qui ne laissent aucun doute sur le mécanisme de l'atrophie musculaire. Elle se développe suivant le procédé des myopathies spinales avec association primitive des grandes cellules motrices de la substance grise des cornes antérieures comme dans la paralysie infantile, au plus justement comme la sclérose latérale amyotrophique, avec absence presque complète de sclérose des faisceaux blancs.

Au point de vue des lésions cérébrales, les vaisseaux sont peu enflammés, les gaînes vasculaires très dilatées et il semble que l'on ait sous les yeux le résultat de réplétions fréquentes prolongées des vaisseaux, de congestions répétées, n'ayant que peu retenti sur la structure des parois, non plus que sur celle de la névroglie où l'encéphalite interstitielle est réellement fort peu accusée. Dans un cas semblable, la théorie de l'étouffement de M. Luys n'est pas acceptable, pas plus que le résultat du trouble de la nutrition produit par la lésion vasculaire et l'on doit en venir à la théorie de l'encéphalite parenchymateuse, de la lésion primitive des cellules nerveuses. Il est à remarquer que, dans ce cas, on rencontre la lésion dans l'encéphale dans les grandes comme dans les petites cellules et que dans la moelle, si la lésion atrophique était prédominante à la région cervicale dans la corne antérieure gauche de la substance grise, on la rencontrait aussi, quoiqu'à un moindre degré, dans la corne antérieure droite ainsi que dans les cornes postérieures. De sorte que dans la moelle ainsi que dans le cerveau toutes les cellules nerveuses, grandes et petites, psychiques, motrices, sensitives ou autres, sont atteintes primitivement par une altération qui tend à les atrophier. Nous nous trouvons donc en présence d'une maladie cérébro-spinale, qui dans la moelle comme dans le cerveau, dans toute la longueur de l'axe cérébro-spinal, est essentiellement caractérisée par une altération primitive des cellules nerveuses. Cette conclusion s'impose d'autant plus que dans l'observation annexée les cordons latéraux sont restés absolument sains et qu'on ne peut alors subordonner les altérations de la moelle épinière à celles du cerveau. Cette façon de comprendre la paralysie générale tend à en faire une variété des atrophies chroniques des cellules nerveuses comme la sclérose latérale amyotrophique.

Discussion. — M. Raymond se déclare prêt à se ranger à la théorie parenchymateuse de la paralysie générale et demande

à M. Joffroy quelques explications complémentaires sur les détails de l'examen microscopique.

M. Mordret (Le Mans) a observé récemment un cas de paralysie générale sans lésions macroscopiques.

M. Doutrebente (Blois). — Le cas que M. Joffroy vient de rapporter est-il un cas de paralysie générale type ou de syphilis cérébrale?

M. Joffroy. — La syphilis n'est pas en cause dans les lésions anatomiques que je viens de décrire. Que les malades aient ou non des antécédents syphilitiques, cela n'influe pas sur la forme de la paralysie générale. Il n'y a pas de paralysie générale de nature, mais d'origine syphilitique; la syphilis est une simple cause prédisposante. La vraie paralysie générale est celle qui répond au type anatomique que je viens de décrire.

M. Pierret (Lyon). — *Rapports de la paralysie générale et des tabes.* — Je cherche, depuis de longues années, à établir que les maladies du cerveau et les maladies de la moelle sont toujours séparées à tort et à prouver que les phénomènes réputés psychiques obéissent aux mêmes lois que les phénomènes sensitifs ou moteurs.

Au point de vue pathologique et en faisant la synthèse si nécessaire des fonctions du cerveau, sans en excepter la pensée, on peut ne considérer que deux grandes maladies, celle du système centripète de réception, celle du système centrifuge, d'expression.

Il est une maladie que j'ai montré intéresser tous les éléments du système sensitif. C'est le tabes. Ces malades, disaient les neurologistes, ne sont jamais fous. Cette erreur fut réfutée surtout par Westphal et Baillarger. Ce dernier a démontré que les tabétiques ont des troubles psychiques semblables à ceux qui caractérisaient encore la paralysie générale; il avait signalé que les paralytiques généraux pouvaient avoir des délires qui pussent absolument disparaître. D'autre part, j'ai signalé autrefois des points d'atrophie (encéphalite scléreuse) sur le cortex de tabétiques qui n'ont pas de délire, lésion qui a été retrouvée depuis par Jendrassik.

La forme délirante vraiment caractéristique du tabes est un délire de persécution avec agitation maniaque fondée sur des interprétations délirantes des douleurs dues au tabes, c'est-à-dire non sur des hallucinations, mais sur des phénomènes sensitifs et sensoriels indiscutables. De plus, de temps en temps, ils prennent des poussées de délire mégalomaniaque accompagné de phénomènes moteurs, tremblements, trouble de la station; ces malades deviennent déments et l'on retrouve encore alors chez eux des traces de l'ancien délire.

D'autre part, la forme de trouble mental qui accompagne la forme de sclérose systématique intéressant tout le système psycho-moteur, c'est la démence paralytique pure, la paralysie générale sans délire. Les malades qui en sont atteints ne sont, à vrai dire, ni mégalomaniaques, ni mélancoliques, ce sont des déments moteurs chez lesquels la pensée ne peut pour ainsi dire plus se manifester par l'une quelconque de ses expressions motrices.

Les deux formes cliniques que je viens de décrire ont été jusqu'à présent confondues dans le cadre de la paralysie générale due à des lésions diffuses d'emblée, mais il me paraît nécessaire de les décrire à part désormais.

M. le Dr Ch. Vallon (Paris) présente une *note sur un cas de paralysie générale vraie consécutive à une encéphalopathie saturnine.* — Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, ouvrier plombier, sans antécédents héréditaires, qui, à la suite d'une encéphalopathie saturnine, a présenté les symptômes d'une paralysie générale à la dernière période. Au bout de quelques mois, les signes du saturnisme avaient disparu, il s'était produit également une rémission complète de la paralysie générale. A s'en tenir à cette première partie de l'histoire du malade on se trouverait en face d'un de ces faits qui ont été décrits sous le nom de pseudo-paralysie générale saturnine. En effet, on a donné comme caractérisant cette affection la marche parallèle vers la guérison de l'intoxication et de la pseudo-paralysie générale elle-même. Si donc mon malade avait été repris par sa famille à ce moment on aurait pu le croire guéri et de ce fait le considérer comme ayant été atteint d'une pseudo-paralysie saturnine. Presque toutes les observations publiées sous le nom de pseudo-paralysie saturnine ne sont que des observations incomplètes, une page de l'histoire d'une malade et non pas l'histoire tout entière.

Après cette rémission de deux mois, tous les symptômes de la paralysie générale se sont montrés de nouveau. La maladie a suivi la marche ordinaire de la paralysie générale pour aboutir au marasme paralytique et à la mort. L'autopsie a montré dans le cerveau les lésions très nettes et très accusées qui sont considérées comme caractéristiques dans la paralysie générale.

A mon avis, la pseudo-paralysie saturnine ne saurait être considérée comme une entité morbide distincte, mais comme une simple période de l'évolution du saturnisme vers la paralysie générale. On ne peut admettre le terme de pseudo-paralysie qu'à la condition de le considérer comme l'expression d'un *diagnostic provisoire.*

M. Régis (Bordeaux). — L'observation de M. Vallon n'est pas une observation de pseudo-paralysie générale saturnine. La vraie paralysie générale est progressive et ne présente que des rémissions simples, tandis que dans la pseudo-paralysie générale saturnine on a affaire à une véritable régression. M. Vallon a dit que ces pseudo-paralytiques ne sont que rémittents et que les malades ne sont pas suivis assez longtemps; or un de mes malades a été observé pendant huit ans.

M. Vallon. — Aucun des cas de pseudo-paralysie générale publiés jusqu'ici n'est assez complet pour permettre de décrire à part une pseudo-paralysie générale saturnine.

M. Bourneville (Paris) fait une communication sur le *traitement chirurgical et médical de l'idiotie.* Il présente douze crânes montrant que dans aucune des formes de l'idiotie auxquelles M. Lannelongue applique indistinctement le traitement par la craniectomie, ils ne sont nullement synostosés et que par suite la craniectomie ne repose sur aucune indication anatomique; elle est inutile et les résultats dont on a fait tant de bruit n'existent pas en réalité. Un des premiers malades de M. Lannelongue est venu par la suite échouer dans le service des Idiots de Bicêtre où il est mort. Son crâne, que M. Bourneville montre, ne présentait pas de synostoses. Si l'opération est inutile, elle n'est pas inoffensive, car on trouve dans ce cas au niveau de la perte de substance osseuse des adhérences méningées. Il est en somme préférable de s'en tenir au *traitement médico-pédagogique* qui a fait ses preuves. M. Bourneville présente une série de photographies de ses malades, soumis à ce traitement, et différents cahiers d'écriture, de copies, montrant les progrès réalisés. C'est à ce traitement qu'on doit rapporter l'amélioration passagère signalée chez quelques idiots après la craniectomie, et due, en réalité, aux soins plus attentifs dont ils bénéficient en leur qualité d'opérés.

M. Gilbert Ballet demande à M. Bourneville s'il a vu un seul cas où le développement du crâne ait été entravé par des synostoses prématurées complètes des sutures.

M. Bourneville répond que personnellement il n'a vu aucun cas d'ossification prématurée de toutes les sutures, mais qu'il y en a dans la science et avec autopsie.

M. Régis pense que la communication de M. Bourneville est d'autant plus importante qu'aujourd'hui la craniectomie est de mode, même en province. Pour sa part, il a eu l'occasion de voir un de ses malades, atteint d'idiotie méningitique, subir la craniectomie sans aucun résultat.

M. Rouby (Dôle) cite le cas d'un de ses malades, idiot, et qui fut également trépané sans aucun résultat.

M. Bourneville. — Dans les cas où la craniectomie semble avoir produit des résultats favorables, on a parlé trop vite; il faut attendre un an ou deux, car l'amélioration consécutive à l'opération est tout simplement due à ce qu'on s'occupe plus à ce moment de l'enfant qui vient d'être opéré. Si l'on s'en était occupé autant, *avant l'opération*, il est probable que, le plus souvent, on aurait obtenu les mêmes résultats. Beaucoup d'observations d'idiots craniectomisés sont insuffisantes; il faudrait qu'elles continssent une description complète, très détaillée, de l'enfant, avant l'opération et après l'opération; au

bout d'un an, de deux ans, une nouvelle description détaillée comparée à la précédente.

M. Proust (Blois) rapporte trois observations, la première est celle d'un homme de 59 ans, jusque-là absolument sain, qui présenta coup sur coup deux accès d'*épilepsie* suivis de vomissements d'aliments non digérés. Un autre malade, d'une trentaine d'années, a eu 3 fois des accès d'épilepsie à intervalles différents et suivis chaque fois du rejet des aliments. La troisième observation est celle d'une femme atteinte de cancer du pylore avec dilatation secondaire de l'estomac, habituée à pratiquer des lavages tièdes et qui, à la suite d'un lavage fait un jour avec de l'eau froide, fut atteinte de contractures généralisées.

M. Thivet (Blois) regrette qu'on n'ait pu connaître l'hérédité chez ces malades.

M. Gilbert Ballet. — Kussmaül a signalé des phénomènes de ce genre dans les dilatations énormes de l'estomac : la pathogénie de ces cas est sans doute multiple; l'auto-intoxication y joue certainement un grand rôle. Pour l'épilepsie gastrique, je ne la crois pas fréquente. Quand un individu a un accès épileptiforme de cette nature, ce n'est pas un accident, mais on peut le considérer comme un épileptique larvé, car il est des cas intermédiaires qui le prouvent.

M. Raymond (Paris) rappelle aussi le travail de Kussmaül. Dans le premier cas, il regrette que l'examen de l'urine n'ait pu être pratiqué, et rappelle, à propos de l'âge de ce malade, qu'il existe des épilepsies tardives, encore mal connues aujourd'hui et dont l'observation de M. Proust serait peut-être un exemple.

Vendredi 5 août (séance du soir). — Présidence de M. Bouchereau (Paris).

M. J. Séglas (Paris) lit une observation sur un cas d'*hystérie ; automatisme dans la période d'aura des attaques ; variations spontanées de la sensibilité et surtout du champ visuel, correspondant aux phénomènes d'automatisme.* Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, hystérique avec attaques. Ces attaques présentent cette particularité assez intéressante qu'elles sont toujours précédées par des phénomènes d'automatisme durant parfois plusieurs jours, allant en s'augmentant jusqu'à la production de l'attaque dont elles constituent en quelque sorte la période d'aura, pour disparaître avec elles. « Il me semble, écrit le malade, qu'il y a alors en moi deux personnes, l'une qui agit, marche, parle, mais comme si c'était une autre : l'autre personne qui regarde agir et faire ; mais je ne sais trop laquelle des deux est celle qui souffre. Elles se mêlent de temps en temps et, pendant que j'écris, je suis obligé de m'arrêter souvent sous l'influence de cette fusion qui brouille mes idées ; je crois qu'il y a lutte entre elles. »

« Ma tête se vide peu à peu et les idées galopent, galopent sans que j'en puisse retenir une, si je veux la fixer. Je fais un grand effort et j'appelle à l'aide ma seconde personne, l'autre, celle qui regarde agir pour maintenir la première : elle n'est pas toujours victorieuse, hélas!... Je vois mes mains, mes bras, mes pieds se mouvoir comme ceux d'un autre. Tout à l'heure j'ai changé la chaise de place. J'ai vu une main qui tenait un barreau ; j'ai eu peur. C'était la mienne et je l'ai regardée fixement sans pouvoir détourner les yeux. J'ai voulu la lâcher, il a fallu que je détournasse avec peine ma vue de dessus pour que mes doigts se détachassent...... Le repos me paraît insupportable ; je voudrais marcher, aller toujours de l'avant. Je n'ai presque plus conscience de ma personnalité. Le pis est que j'analyse très bien mes sensations, mes émotions et que je m'en effraye et m'en réjouis tour à tour. Enfin, il y a en moi un terrible amalgame d'idées, de sensations, de faits, de gestes : je n'explique plus rien.....

« .... J'agis toujours et de plus en plus presque inconsciemment... » En même temps existent des hallucinations sensorielles multiples, visuelles, auditives, tactiles, kinesthétiques, génitales, se présentant surtout la nuit de l'insomnie, de l'inappétence, des vomissements. Pendant cette période, le fonds émotionnel change, le malade devient triste, craint de devenir fou, de mourir, a des idées de suicide. L'attaque survient presque classique, phase épileptoïde très accentuée, arc de cercle, grands mouvements, parfois délire. Elle s'accompagne toujours d'une perte totale de connaissance. A sa suite, tous les phénomènes d'automatisme qui ont signalé la période d'aura ont complètement disparu.

Il existe chez le malade des troubles de la sensibilité : zones hyperesthésiques testiculaires, iliaques, sous-mammaire à gauche, rachidienne, céphalique. Diminution de la sensibilité cutanée, musculaire, articulaire à droite, rétrécissement du champ visuel.

Il est un fait particulier à noter, c'est que les troubles de la sensibilité présentent des variations spontanées en rapport avec les phénomènes d'automatisme, et dans un sens absolument parallèle. C'est ainsi que, au moment des périodes d'automatisme, on voit le champ visuel se rétrécir de 30 ou 40° pour revenir ensuite à la normale après l'attaque. M. Séglas présente, à ce propos, quelques considérations psychologiques et montre que ce parallélisme des symptômes d'automatisme et des troubles anesthésiques n'a rien d'étonnant si l'on considère que les anesthésies hystériques ne sont que des anesthésies par rétrécissement du champ de conscience personnelle, ces sensations pouvant toutefois donner lieu à des réactions étrangères à la conscience du sujet, dépendant d'une conscience secondaire automatique. Dès lors il est naturel que les anesthésies, symptômes d'un rétrécissement du champ de conscience, s'augmentent chez un hystérique dans les périodes d'automatisme où la désagrégation psychique, ordinaire chez chez lui, tient à s'accentuer ; car ce sont des phénomènes de même nature.

M. Séglas lit, au nom de M. Chaslin (Paris), une *note sur une forme distincte de maladie mentale aiguë, la confusion mentale primitive.* M. Chaslin rapporte, dans ce travail, l'observation d'un malade du service de M. Deny, à Bicêtre. Les cas de ce genre ne sont pas classés actuellement en France comme forme distincte. Il devrait l'être pourtant, car cette forme est connue en Allemagne sous le titre de Verwirrtheit ou d'Armentia ; et d'ailleurs elle avait déjà été décrite en France, surtout par M. Delassiauve, sous le nom de *confusion mentale.* La conclusion de la note de M. Chaslin est la suivante :

Il existe une forme de maladie mentale, aiguë ordinairement, qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, qui doit être attribuée à l'épuisement rapide et brusque du système nerveux central (très souvent consécutif pour les auteurs les plus récents à l'infection ou à l'auto-intoxication) et qui doit être séparée de ce que l'on appelle « dégénérescence. » C'est une forme intermédiaire entre les psychoses et les folies à lésions accentuées et profondes ; elle revêt souvent le caractère d'une véritable maladie, par les phénomènes somatiques, dénutrition, fièvre, qui l'accompagnent. Au point de vue psychique elle est essentiellement caractérisée par la confusion des idées, par suite de l'affaiblissement et de l'incoordination des processus de l'association des idées, de la perception et de la perception personnelle ; elle peut être ou non accompagnée d'hallucinations ; elle peut être accompagnée d'agitation motrice, ou de dépression de stupeur ; le ton émotionnel est souvent indifférent ou au contraire présente des variations brusques. Elle a la plus grande analogie avec les délires par intoxication chronique. Elle paraît bien mériter le nom de *confusion mentale* sous laquelle elle a été décrite en France, en ajoutant primitive, afin de la distinguer des formes où il y a aussi confusion, mais secondaire et sur la nature de laquelle on n'est pas fixé.

M. Gilbert-Ballet n'approuve pas le terme de confusion mentale : sans doute la confusion mentale existe dans bien des cas, tels par exemple que certaines folies puerpérales ; mais pour ceux qu'a en vue M. Chaslin, je crois qu'il est inutile de créer un vocable nouveau et de faire une distinction à part, car ils rentrent dans le groupe de faits que Delassiauve a décrits sous le nom de stupidité.

M. Charpentier (Paris) considère que la confusion mentale est un syndrome très fréquent consistant surtout dans un manque d'association des processus intellectuels, avec participation de la conscience, angoisse et état vertigineux. On rencontre la confusion mentale au début ou au cours des dif-

férentes vésanies et sa disparition annonce en général la convalescence ; le vertige épileptique serait en quelque sorte le type de cet état. Les malades qui se plaignent qu'on leur vole leur pensée en sont aussi des exemples.

M. RÉGIS. — Le cas de M. Chaslin pourrait peut être rentrer dans le cadre de ce que M. Fournier a décrit sous le nom de syphilis pseudo-démente ou torpide : ce diagnostic eût mérité d'être détaillé ; je ne vois pas la nécessité de créer une forme à part pour les faits de confusion qui ne sont souvent que des troubles délirants justiciables d'un état de neurasthénie.

M. SÉGLAS. — Je ferai observer à M. Régis qu'il faut tenir compte pour le diagnostic de l'élévation de la température notée chez le malade, qui ne cadre pas avec l'idée d'une syphilis torpide ou pseudo-démente. En ce qui regarde les rapports des troubles délirants avec un état neurasthénique, M. Chaslin les a signalés : il dit même que la confusion mentale est justiciable d'un état d'épuisement rapide et brusque du système nerveux.

Je répondrai à M. Ballet que M. Chaslin ne me semble nullement avoir eu la prétention de décrire, ni un mot nouveau, ni une forme nouvelle, car il fait tout l'historique de la question, rappelle que les travaux allemands sur la confusion mentale n'ont fait que retrouver ce qui avait déjà été décrit en France, surtout par M. Delasiauve, sous le nom de confusion mentale, stupidité, chaos. « Je reprendrai, dit M. Chaslin, cette dénomination (confusion mentale) et il me semble opportun de rappeler l'attention sur ces faits connus autrefois, oubliés maintenant en France. »

Les objections de M. Charpentier me semblent prouver qu'il applique le terme de confusion mentale à toute une catégorie de faits absolument différents de ceux que M. Chaslin a en vue et que les différents auteurs ont signalés, ainsi qu'on le voit, dans l'historique qui accompagne sa communication. La comparaison n'est dès lors pas possible.

M. BOURNEVILLE (Paris) fait une communication sur le *Tout à l'égout et l'utilisation des matières de vidanges dans les asiles d'aliénés*. Il insiste sur l'utilité de cette étude au point de vue de l'assainissement, de la prompte évacuation des matières usées, dangereuses pour la santé ; au point de vue des avantages financiers des asiles. Il rappelle ce qui a été fait dans un grand nombre d'asiles étrangers, décrit l'application faite à Ville-Evrard, à Villers-Cauterets, à la Maison de Nanterre, tentée à Vaucluse, projetée à Villejuif.

Une courte discussion s'engage à ce sujet entre MM. Samuel Garnier, Doutrebente, Mordret, Mabille et Marie,

M. GIRAUD (Rouen), en son nom et au nom de M. Malfilâtre, fait une communication sur l'*étiologie de l'aliénation mentale dans la Seine-Inférieure*. Il insiste sur le fait que les points où naissaient le plus d'aliénés correspondaient à la ligne de passage des eaux sur le sommet du plateau.

M. PIERRET (Lyon) lit une observation de meningo-encéphalite infectieuse avec hypothermie survenue à la suite de l'influenza chez une femme indemne de tout antécédent héréditaire.

M. DENY (Paris) fait part au Congrès de ses recherches sur le *traitement de l'épilepsie par le bromure de strontium*. Ces recherches ont porté sur 7 malades qui ont été soumis successivement pendant un temps égal (7 mois) au traitement par le bromure de potassium, puis par celui de strontium ; 5 de ces malades ont bénéficié du traitement, 2 ont eu plus d'attaques. Les doses ont été de 4 à 10 gr. La tolérance du bromure de strontium est plus grande que celle du bromure de potassium. Avec ce médicament, M. Deny n'a jamais observé d'accidents de bromisme.

M. VALLON (Paris) a également essayé ce médicament ; tous ses malades ont eu plus d'accès qu'avant ; il est vrai de dire qu'il s'adressait à un mauvais terrain, car ses malades étaient des épileptiques déments ou imbéciles.

M. MABILLE (La Rochelle) lit en son nom et au nom de M. Lallemant un travail sur le *Sulfate neutre de Duboisine dans le traitement de l'aliénation mentale* Les auteurs ont, depuis deux ans, essayé le sulfate neutre de Duboisine dans le traitement de l'aliénation mentale. Ils l'emploient surtout dans les formes maniaques, la méthode d'action étant la méthode hypodermique et les injections ayant lieu quatre heures avant ou après les repas. Les auteurs commencent d'abord par un 1/2 mill., le sulfate neutre Duboisine employé provenant de la pharmacie Petit-Mialhe. Ils ne dépassent jamais 3 mill. dans les 24 heures et conseillent de suspendre le traitement au bout de 6 à 7 jours pour le reprendre au besoin une semaine plus tard. Généralement le calme survient au bout de quelques piqûres et le succès a été obtenu dans 75 0/0 des cas, principalement chez les femmes excitées. Il est même possible, lorsque l'injection est faite au début de l'excitation, d'arrêter parfois l'accès chez les maniaques intermittents. La dose de 1/2 à 1 milligr. produit la sédation, les doses les plus élevées (2 milligr.), le sommeil. Pour MM. Mabille et Lallemant, le sulfate neutre de Duboisine est un hypnotique excellent et un sédatif puissant. Les résultats sont d'ailleurs conformes à ceux obtenus par Osbermeyer et Lewald.

M. DOUTREBENTE (Blois) souhaite que le sulfate neutre de Deboisine n'ait pas le sort des autres hypnotiques et sédatifs, vantés chacun à leur tour pour le traitement des maniaques et que l'expérience a montrés bien peu efficaces. Il ne croit pas que ce médicament puisse avoir de l'action sur les périodes maniaques de la folie circulaire.

M. MABILLE ne l'a expérimenté que chez des maniaques intermittents simples avec de temps en temps un état passager de dépression.

M. MARIE (Evreux) lit une observation d'une femme aliénée hystérique, anorexique, qu'on alimentait à la sonde et chez laquelle le passage de cet instrument provoquait des attaques convulsives.

Le prochain Congrès annuel des Médecins Aliénistes de France et des pays de langue française aura lieu à La Rochelle.

J. SÉGLAS.

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE. — *Sommaire du N° 1. Juillet* 1892 : M. JABOULAY. La Gastro-entérostomie. La Jéjuno-duodenostomie. La résection du pylore (4 *Fig.*), p. 1. — E. DOYEN. Contribution à l'étude de la chirurgie de l'estomac et de l'intestin : 12 observations personnelles de chirurgie stomacale suivies de 20 cas d'entérotomie et d'entérectomie (29 *Fig.*) p. 23. — L. DEFONTAINE. Extirpation du cancer de l'estomac ; étude sur un cas de guérison (8 *Fig.*), p. 77. — E. VIGNARD. Résection de l'urèthre dans les cas de rétrécissements traumatiques (4 *Fig.*), p. 91. — A. MONPROFIT. Luxation complexe en arrière de l'articulation métacarpo-phalangienne du Ve doigt : irréductibilité. Arthrotomie ; réduction, guérison complète, p. 112. — BIBLIOGRAPHIE. — *Ce numéro de* 116 *pages renferme dans le texte* 45 *photogravures en relief, dont* 44 *au trait avec* 8 *en couleurs et une à la demi-teinte.* — *Sommaire du N°* 2. 1er *aout* 1892 : M. GANGOLPHE. Sur les tumeurs blanches consécutives à des tubercules des parties molles juxta-épiphysaires, p. 117. — Ch. AUFRY et J. AUDRY (Lyon). Angiome profond de la totalité du membre supérieur gauche. Examen de la pièce (3 *Fig.*), p. 125. — L. DEFONTAINE, Symphyse thoraco-brachiale et anti-brachiale, (2 *Fig.*), p. 140. — E. DOYEN. Quelques opérations sur le foie et les voies biliaires. *Cholécystotomie idéale ou à sutures perdues. Choledochectomie avec cholédochorraphie, etc.*) (17 *Fig.*), p. 1[illegible]. — D. TEMOIN. Lipome périméninge simulant un spina bifida (1 *Fig.*), p. 179. — Dr POUZET (Cannes). Un cas d'occlusion intestinale par calcul biliaire passé dans l'intestin. Laparotomie et Entérotomie. Guérison (2 Fig.), p. 184. — BIBLIOGRAPHIE. — *Ce Numéro renferme dans le texte* VINGT-CINQ *photogravures en relief dont* DIX-SEPT *au trait et* HUIT *à la demi-teinte.*

ESCROQUERIES A PROPOS DES MESURES DE DÉSINFECTION A PARIS. — Conformément aux ordonnances de la préfecture de police, les logements et objets mobiliers des personnes décédées à la suite de maladies contagieuses doivent être désinfectés par les soins des mairies où sont faites les déclarations. Or, dans le 10e arrondissement, des plaintes ont été adressées à l'administration contre des individus encore inconnus, qui se tiennent dans les mairies pour connaître l'adresse des personnes qui viennent faire des demandes de désinfection. Ils se rendent aussitôt à leur domicile, se présentent comme employés de la mairie, et ne se contentent pas d'enlever, dans des voitures qu'ils amènent avec eux, les objets de literie, linge et les effets à désinfecter, mais ils réclament des sommes variant entre 25 et 40 francs. Le vol se découvre lorsque les véritables employés de l'administration se présentent au nom de la mairie, pour procéder à la désinfection et à l'enlèvement des objets qu'ils doivent transporter à l'étuve de la rue des Récollets.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 *juillet* 1892. — PRÉSIDENCE DE M. D'ABBADIE.

M. G. PHILIPPON.— *Effets de la décompression brusque sur les animaux placés dans l'air comprimé.* — 1° Les animaux placés dans l'air comprimé meurent, si la décompression brusque vient à se produire et cette mort est due à l'action mécanique de gaz qui se dégagent dans leurs vaisseaux. 2° Il résulte de la comparaison des résultats obtenus par Paul Bert et par Philippon, qu'il suffisait de quelques instants, même de deux minutes, pour que le gaz accumulé dans le sang, par suite de la compression, soit éliminé complètement par les poumons. Ce qui explique le retour des animaux à l'état normal, quand, après avoir été soumis à une pression élevée, dans l'air, ils sont ramenés lentement à la pression ordinaire.

MM. S. DUPLAY et M. CAZIN. — *De la réparation immédiate des pertes de substance intra-osseuse à l'aide de corps aseptiques.* — On a proposé différents moyens pour activer la réparation des pertes de substance osseuse qui, dès qu'elles atteignent certaines dimensions, exigent un temps considérable pour se combler, si même elles y parviennent jamais. Lorsqu'on abandonne à elles-mêmes les cavités, les bourgeons charnus qui les tapissent s'accroissent lentement. En même temps un tissu osseux nouveau se développe qui envahit peu à peu le tissu de granulation jusqu'à ossification totale. Ce travail réparateur est toujours fort lent. Il se peut même, si la cavité est vaste et le sujet âgé ou placé dans de mauvaises conditions, qu'il persiste une excavation plus ou moins considérable.

On conçoit aisément que la réparation serait plus rapide et plus parfaite si l'on augmentait artificiellement la fonction des tissus nouveaux en leur fournissant une charpente provisoire comblant d'emblée la perte de substance et formant un point d'appui aux éléments cellulaires émanant de ses parois. On a essayé différentes méthodes : le greffe d'os vivants, l'implantation de fragments d'os décalcifiés. Les essais de MM. Cazin et Duplay ont porté sur la gaze iodoformée, le coton, la soie, le catgut et l'éponge. Les expériences ont été faites sur 59 animaux. Les essais faits avec l'éponge, la gaze aseptique et le catgut ont donné les meilleurs résultats. — Chez l'homme une indication nouvelle se pose, à savoir la stérilisation parfaite de la cavité pathologique; or cette stérilisation est loin d'être toujours possible. On y parvient quand la perte de substance est peu étendue, mais dans le cas contraire il serait préférable de modifier la méthode et de procéder en deux temps : dans le premier on fournirait la désinfection et l'origine du foyer morbide; dans le second on tamponnerait la cavité et on la fermerait par la suture. MORAX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 *août* 1892. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Un cas de suture du poumon.

M. GUERMONPREZ (de Lille).— Les portions périphériques du poumon supportant parfaitement les traumatismes, et l'hémostase s'y effectuant spontanément, je me suis autorisé de ces données pour passer quelques points de suture à travers les couches superficielles du parenchyme pulmonaire. Mon opération a été faite sur un jeune homme de 18 ans, porteur d'une fistule broncho-pleurale, à la suite d'une pleurésie; il eut un pyo-pneumothorax pour lequel j'avais largement ouvert la cavité pleurale puis fait une thoracoplastie quelque temps après. Six côtes furent enlevées jusqu'aux limites de la cavité, et ce, désossement terminé, je pus découvrir l'orifice inférieur d'une fistule broncho-pleurale qui demeurait béant aux deux temps de la respiration. Je réunis les deux lèvres de ce *hiatus* sans avivement préalable avec du catgut. La communication broncho-pleurale s'est trouvée interrompue et mon malade a guéri.

Le Tænia dans les colonies françaises.

M. BÉRENGER-FÉRAUD. — L'accroissement considérable de la fréquence du Tænia inerme dans nos hôpitaux maritimes depuis 1860 a pour cause l'origine exotique de la majorité de ces vers rubanaires. Il faudrait surveiller avec soin la provenanee des animaux de boucherie.

Des accidents de dentition.

M. PAMARD (d'Avignon). — Le 12 juillet dernier, M. Magitot a émis le vœu, devant l'Académie, que les maladies dites de la dentition fussent rayées du cadre de la nosologie médicale. M. Magitot n'a pas eu le bonheur de me convaincre, pas plus que M. Ollivier d'ailleurs, dans le rapport duquel on retrouve des idées se rapprochant de celles de M. Magitot. M. Pamard proteste au nom de l'observation clinique qui doit toujours être, ajoute-t-il, l'argument ultime de toute discussion médicale. Il affirme à son tour : 1° Que durant la dentition la courbe du poids de l'enfant reste stationnaire ou plutôt diminue dans la grande majorité des cas. 2° Dans les climats froids de la saison froide tout travail dentaire s'accompagne de phénomènes réflexes du côté des organes respiratoires. Dans la saison chaude, l'acte réflexe qui résulte du travail dentaire retentit sur les organes digestifs. M. Pamard a vu des convulsions cesser par enchantement après un petit débridement portant sur la gencive au-dessus de la dent en évolution. Il ne craint pas de recourir tout simplement à l'ongle pour pratiquer cette ouverture. Le bistouri, instrument plus effrayant, est rejeté. M. Pamard ne veut pas croire à l'hystérie chez les enfants.

M. OLLIVIER maintient que les maladies de la dentition sont beaucoup plus rares qu'on le croit. Il est en effet très commode, pour un médecin ignorant, de mettre sur le compte de l'évolution dentaire des accidents qu'il méconnaît et dont il ignore la nature. L'hystérie existe et M. Pamard n'a qu'à venir à la consultation de M. Ollivier aux Enfants-Malades pour s'en convaincre.

M. LEROY DE MÉRICOURT appuie avec chaleur et conviction la communication de M. Pamard. Il a été père six fois, grand-père dix fois, et a pu observer avec un consciencieux et bien affectueux intérêt l'évolution dentaire chez ses propres enfants. Les accidents de cette évolution existent bien réellement.

MM. HÉRARD et CHARPENTIER considèrent comme indiscutable l'opinion de M. Pamard. M. Peter prend la parole dans le même sens. Seul M. HARDY, tout en faisant des réserves, veut bien, comme M. Ollivier, admettre la rareté des accidents de la dentition.

M. PAMARD répète à nouveau que pour lui tout enfant qui fait des dents est un malade : s'il fait froid, il a de la toux et du coryza; s'il fait chaud, il a du catarrhe des voies intestinales.

M. CONSTANTIN PAUL.— Il y a des dents qui déterminent plus d'accidents que les autres : les incisives inférieures moins souvent que les supérieures — les canines percent sans inconvénients — Les petites molaires évoluent très difficilement.

M. PETER. — J'ai eu la curiosité de placer un thermomètre dans la bouche d'enfants en pleine dentition. J'ai constaté une élévation de deux degrés.

Néphrite parenchymateuse traitée par les sels de strontium.

M. G. SÉE nous fait connaître l'observation d'un jeune garçon qu'il a guéri de la tuberculose pulmonaire, et qui présenta quelque temps après les symptômes d'une diarrhée incoercible, puis d'une néphrite parenchymateuse avec un anasarque fort étendu. M. Sée se trouva au début en présence d'une albuminurie qui atteignait 11 gr. 50 par litre. L'administration alternative de bromure de strontium et de bromure de calcium, à la dose de 4 gr. par jour,

fit tomber au bout de 24 heures cette quantité d'albumine à 6 gr. par jour. 10 jours après, l'anasarque avait disparu et l'albumine n'était plus que de 1 gr. par jour. Le régime fut basé sur la valeur en caloriques de chaque aliment administré : 1° Suppression de toutes les grosses viandes, pas d'œufs, surtout à la coque; un peu de poulet et peu de poisson ; — 2° Macaroni avec peu de fromage; beurre et graisse à discrétion ; — 3° Régime végétarien, chocolat, riz à la japonaise; — 4° Cervelle de mouton et ris de veau; — 5° Suppression du vin et des alcooliques. Emploi d'eaux minérales telles que Pougues.

M. Dujardin-Beaumetz n'est point de l'avis de M. G. Sée au point de vue du régime. Il se propose de revenir sur ce point dans la prochaine séance. J. Dauriac.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 8 août 1892. — Présidence de M. Brouardel.

M. le Dr Proust a donné lecture d'une note rédigée par lui et ses collègues, MM. Netter, Thoinot et Ogier, sur l'*épidémie cholériforme* qui a pris naissance, le 5 avril, à la maison de Nanterre, à Saint-Denis et à Puteaux, et n'a jamais dépassé la banlieue parisienne du nord et du nord-ouest. Après avoir constaté que l'accalmie de l'épidémie ne fait que s'accroître, il ajouta qu'à l'heure actuelle on peut dire que l'épidémie a presque totalement disparu de la banlieue et de Paris. La dernière quinzaine n'a apporté aucune modification dans la topographie si curieuse et si caractéristique de l'épidémie. Immunité absolue de toute la banlieue desservie en eau de Marne et en eau de l'Oise. Atteinte de la banlieue seule qui est desservie en eau de la Seine et maximum là où l'eau de Seine distribuée est au maximum de pollution, c'est-à-dire dans le rayon des machines de Saint-Denis et d'Epinay (Communes de Saint-Denis, Saint-Ouen, Aubervilliers, Argenteuil). L'usage de l'eau de Seine paraît avoir été la condition unique dans l'éclosion des foyers, et ceci nous explique le peu d'expansion, disons mieux, la non-expansion de l'épidémie. Argenteuil et son hameau Mazagran avaient l'eau de Seine ; Sannois avait l'eau de l'Oise. Tel encore le bourg de la Courneuve, situé à 300 mètres d'Aubervilliers et qui reste indemne, protégé par sa distribution d'eau spéciale. Mais les exemples les plus typiques nous seront fournis par Paris et quelques communes de la grande banlieue. On signale à Paris bien des cas et quelques décès. Nous pourrons poser en loi absolue que pas un cas *légitime* n'est né à Paris. Les cas soi-disant autochtones n'ont jamais rien eu de commun avec la diarrhée cholériforme qu'une trompeuse apparence de quelques heures. Tous les cas indéniables — guéris ou suivis de décès — que nous avons pu relever, étaient tous contractés dans la banlieue, à Aubervilliers, à Saint-Denis, à Argenteuil, etc., etc. Ces cas ont donné lieu, quoique rarement, à quelques transmissions dans leur voisinage immédiat, *quatre au maximum*, mais n'ont jamais créé un foyer de maison ni un foyer de quartier; ils se sont éteints sur place *sans expansion*. Paris doit donc être considéré comme indemne. Ce que nous disons de Paris, nous pouvons l'appliquer à la grande banlieue.

Des individus sont venus çà et là, atteints de l'épidémie contractée dans un des foyers de la petite banlieue ; ils ont semé un cas, deux, ou trois autour d'eux dans leur voisinage immédiat, mais ils n'ont jamais créé un foyer ; tels les faits de Dugney, Blancmesnil, Gonesse, Marly-le-Ville, Poissy, Auneau, etc. Il ne nous est pas permis de préjuger l'avenir ; mais nous pensons qu'à l'heure actuelle nous pouvons considérer tout danger comme écarté. Nous répéterons encore en terminant que l'armée, dont l'alimentation en eau est très exactement surveillée et qui ne boit que de l'eau de source ou de l'eau bouillie et filtrée, est restée indemne. Il en a été de même des employés des grandes administrations. Enfin ajoutons qu'à aucun moment aucun de nos ports n'a présenté et ne présente aujourd'hui ni un cas de choléra, ni même un cas suspect.

M. le Dr Proust, après avoir groupé les renseignements déjà connus sur la marche du *choléra* en Turquie d'Asie, en Russie et en Perse pendant la semaine qui vient de s'écouler, a annoncé que la *Peste des Montefiks* a disparu depuis le 18 juin dernier, les cordons militaires ont été levés et la libre pratique a été rendue aux provenances du golfe Persique.

Les patentes de la Havane et du Mexique ne sont pas satisfaisantes. A la Vera-Cruz, il existe dans les hôpitaux et en ville des cas de *fièvre jaune*. A la Havane, il existe en ville quelques cas de fièvre jaune.

Fièvre jaune au Soudan. — On écrit de Saint-Louis (Sénégal) qu'un cas de fièvre jaune a été constaté au Soudan. Toutefois un doute existe sur la nature du mal.

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ DE LA SEINE.

Séance du 5 août 1892.

M. Bourgoin a fait adopter les conclusions d'un rapport dans lequel il propose d'interdire au sieur X..., coiffeur, à Paris, l'emploi et la vente d'un *liquide épilatoire* préparé par ce commerçant lui-même. Ce cosmétique se présente sous forme de liquide rosé, à odeur très forte d'essences d'amandes amères. Une analyse, faite au Laboratoire municipal de chimie, y a fait constater la présence d'acide cyanhydrique dans la proportion de 27 centigrammes par litre. L'application sur l'épiderme du crâne, usé par le frottement d'une pierre ponce (méthode d'épilation indiquée par le sieur X...), d'un liquide de cette nature, présente des dangers pour la santé et pourrait occasionner de sérieux accidents.

M. Dujardin-Beaumetz a ensuite rendu compte, au Conseil, des *opérations du Comité* permanent pendant la dernière quinzaine écoulée.

CONGRÈS D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE.

Première Lettre.

Bruxelles, 8 août 1892.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Le lundi 8 août, à 9 heures du matin, ont commencé, au Palais des Académies, les travaux du 3e *Congrès d'Anthropologie criminelle*. La veille avait eu lieu la réception officielle par M. le Ministre de la justice. M. le Dr Semal (de Mons), président pour la première séance, dépouille la correspondance. L'ordre du jour, en raison des absences, porte lecture des communications primitivement inscrites pour le lendemain.

M. le Dr Magnan (de Paris) lit son travail sur l'*obsession criminelle morbide*. A l'état normal, dit le savant médecin de l'Asile clinique, l'obsession est transitoire et ordinairement facile à réprimer ; elle n'entrave pas du reste les autres fonctions intellectuelles, elle laisse libres les centres supérieures qui ne perdent ni leur contrôle ni leur influence modératrice sur les centres psycho-moteurs ; par suite, cette obsession n'aboutit pas à l'impulsion.

A l'état morbide, l'obsession tenace, tyrannique, s'accompagne d'ailleurs d'une douleur morale telle qu'elle subjugue la volonté. Dans ces conditions, l'obsession amène l'impulsion, et le sujet conscient est poussé irrésistiblement aux actes mêmes qu'il réprouve. C'est cet état de conscience, cette apparente lucidité qui en impose à ceux qui ne sont pas familiarisé avec l'étude de ces troubles étranges, et explique les erreurs judiciaires et médicales aujourd'hui assurément plus rares mais encore trop fréquentes.

Lorsqu'on est témoin de l'angoisse inhérente et caractéristique de ces états, lorsqu'on voit par exemple l'*onomatomane* en lutte avec le nom qui l'obsède et qu'on assiste à *la détente*, à l'immense soulagement dont sont suivies soit la découverte, soit la décharge du mot, on n'est plus étonné par le langage du cleptomane, du pyromane, de l'impulsif homicide ou sexuel, du coupeur de nattes, de l'exhibitionniste, du singulier amant de la chemise blanche ou du tablier blanc, ou du malheureux qu'obsède l'idée de mordre de la peau de jeune fille, quand ces inculpés déclarent que malgré tous leurs efforts, leur ardent désir de résister, ils ont fini par succomber. Dans quelques circonstances la décharge du centre moteur (d'articulation par exemple pour l'onomatomane) se produit brusquement, sans qu'il y ait lutte ni résistance; de même chez quelques dégénérés homicides, la décharge psycho-motrice est subite, presque automatique, sans que le sujet ait le temps de réfléchir ou de lutter.

Le plus souvent cependant, en pleine conscience, l'obsédé homicide surpris, découvert, résiste de toutes ses forces, et, restant son propre confident, se rend parfois seul maître de son obsession ; d'autres fois, sa volonté n'est pas suffisante et il a recours aux conseils, à l'appui d'un parent, d'un ami, d'un étranger ; enfin, parfois une lutte intervient, avons-nous dit, plus ou moins longue, mais progressivement plus pénible, et l'impulsion n'est que le résultat de la douloureuse angoisse qui, coûte que coûte, aboutit à la décharge psycho-motrice.

M. Magnan donne quelques exemples de ces obsessions homicides, tous ces malades sont des héréditaires dégénérés à

antécédents pour la plupart très chargés ; presque tous présentent également plusieurs syndromes épisodiques, tantôt simultanément, tantôt successivement, mais on retrouve constamment les mêmes caractères généraux. Ils ont conscience de l'obsession qui les pousse irrésistiblement à l'impulsion, et ce travail pathologique qui enlève aux centres supérieurs leur pouvoir modérateur s'accompagne d'une souffrance et d'une angoisse qui expliquent le soulagement qui suit l'acte.

L'auteur rappelle à ce propos sa classification des dégénérés en spinaux simples, spinaux cérébraux et cérébraux ; il rappelle les différents caractères des obsessions particulières, à chacun il montre qu'elles s'élèvent ainsi progressivement de la sphère instinctive pure et du réflexe simple à l'extase purement psychique et au mysticisme idéal. Il donne à l'appui de ces théories une série de faits curieux d'obsessions variées, sexuelles, pyromaniaques, kleptomaniaques, etc.

La plupart de ces faits sont connus pour avoir été publiés antérieurement, en particulier dans le *Progrès médical* (Nos 3, 4, 5, janvier 1885).

M. Ladame (de Genève) lit à son tour un travail sur le même sujet : l'*obsession du meurtre*. Il considère, avec Westphal, comme obsession toute idée qui, l'intelligence étant intacte, apparaît à la conscience du malade et s'y impose contre sa volonté, ne se laisse pas chasser, empêche et traverse le jeu normal des idées, et qui est toujours reconnue par le malade comme anormale, étrangère à son moi ; ainsi considérés, c'est l'obsession pathologique homicide de l'aliéné homicide poussé irrésistiblement au meurtre.

L'obsession du meurtre appartient alors à la grande classe de la folie héréditaire, au même titre que la dipsomanie, la cleptomanie, etc. Elle se présente habituellement sous la forme du syndrome épisodique décrit par M. Magnan pour les dégénérés.

Esquirol avait bien observé les caractères principaux de l'obsession, mais il en avait méconnu l'importance et n'a pu arriver à une notion claire de l'obsession. Il confond, en effet, sous le nom de monomanie homicide, des formes très différentes de psychopathies qui sont pour lui les trois degrés d'une seule et même entité morbide.

Il y a lieu de diviser nos obsédés homicides en deux grandes classes : 1° Ceux dont les obsessions restent théoriques et n'aboutissent pas à l'acte homicide ; 2° Ceux qui font des tentatives de meurtre et qui commettent des homicides à la suite de leurs obsessions impulsives.

L'obsession du meurtre s'observe parfois isolément chez certains héréditaires. Elle peut revenir par accès intermittents ou périodiques. Elle forme alors une variété clinique importante à considérer en elle-même et n'est plus seulement le syndrome épisodique mobile et transitoire d'une dégénérescence mentale, comme cela se voit chez un grand nombre d'héréditaires dégénérés. Elle peut persister pendant des années et acquérir ainsi une extrême importance en médecine légale. L'obsession du meurtre se présente à l'état sporadique et le plus fréquemment sous forme d'épidémie morale à la suite des crimes retentissants ou des exécutions capitales.

M. Paul Garnier (de Paris) prend la parole pour répondre à M. Ladame. Selon lui, il n'y a pas lieu de séparer l'obsession du terrain dégénératif indispensable à son développement ; la distinction de M. Ladame pèche par ce côté qu'elle place, à côté des héréditaires obsédés, des cas d'obsession indépendants de la dégénérescence.

La lecture des journaux et des articles à sensation où se trouvent les détails des crimes et des débats criminels ne peuvent influer sur la genèse de ces phénomènes qu'autant que l'on a affaire à des prédisposés spéciaux pour lesquels ces lectures agissent à la façon de causes occasionnelles quelconques, d'accidents qui éveillent la tare latente. L'individu est alors comparable à ces autres prédisposés pris de vertige en face du vide, et qui sont poussés invinciblement dans ce vide dont ils ont horreur.

« Quelqu'un a pu commettre tel crime, donc j'en puis commettre un pareil, » et l'intensité de cette crainte éveille la tendance à l'acte, comme si l'impulsion psycho-motrice venait comme corollaire de l'excitation des centres de l'idéation.

En terminant, l'orateur dit que ces états, en quelque sorte vertigineux par l'angoisse et la perte de l'équilibre psychique qui les accompagne, se distinguent essentiellement des impulsions des épileptiques par l'inconscience et l'amnésie qui caractérisent ces dernières. Le malade que M. Ladame soupçonne d'épilepsie était bien un dégénéré syndromique et rien qu'un dégénéré.

M. le Pr Bénédikt (de Vienne) répond à M. Garnier que certains épileptiques peuvent avoir conscience des actes qu'ils ont commis, du moins partiellement, en ce qui concerne le commencement et la fin de l'acte. A l'appui de sa façon de voir, il rapporte le fait d'un épileptique homicide qui en conservait le souvenir, mais croyait l'avoir vu commettre par un autre ; il y avait, dans ce cas, une sorte de rêve hallucinatoire, à la réalité duquel le malade croyait fermement, donnant les plus minutieux détails sur sa curieuse hallucination.

M. Aubry (de Saint-Brieuc) se demande s'il n'y aurait pas lieu de restreindre la publicité donnée à certains débats judiciaires et à certains détails relatifs aux crimes ot aux criminels.

M. Nacke (de Leipsig) développe, en réponse aux précédentes communications, cette idée que les véritables obsessions seraient beaucoup plus rares qu'on ne le croit, même dans les asiles d'aliénés où lui-même a pu observer sans en rencontrer. Si les obsessions vraies lui paraissent exceptionnelles, il n'en serait pas de même des cas intermédiaires que l'auteur désigne sous le nom de Paranoïdes. Il s'élève contre la théorie physiologique de M. Magnan, concernant les spinaux et cérébraux, antérieurs ou postérieurs ; il prétend que rien ne la justifie et que l'infinie variété des faits échappe à une classification aussi restreinte et artificielle.

M. Lefebvre (de Bruxelles) exprime l'opinion que l'obsession peut dépendre d'un état d'affaiblissement psychique passager ; c'est ainsi qu'il a pu observer une femme, sans tare connue, avec obsessions cleptomoniaques, survenant seulement au cours de grossesses successives et pas en dehors.

M. Bénédickt rappelle que la tare ignorée peut parfois rester latente indéfiniment ou pendant un temps très long. Il cite à l'appui l'exemple d'un malade qu'il a pu suivre de longues années et qui, après 7 années d'une vie exemplaire et contre toute attente, commit un vol, bien qu'il eût de l'argent en quantité suffisante ; il l'avoua d'ailleurs aussitôt et se livra désespéré de sa défaillance.

M. Thiry (de Liège) apporte dans le même sens l'observation d'un récidiviste issu d'une excellente famille, qui se livra néanmoins au vol avec persistance dans des conditions tellement bizarres et identiques qu'il n'est pas douteux que ce fût un dégénéré obsédé.

A l'appui de ce dire l'auteur donne lecture de lettres des plus curieuses où le malade alors âgé de 14 ans expose dans quelles conditions il a commis son premier délit ainsi que les suivants. C'est une description typique de l'angoisse précordiale caractéristique et de l'irrésistibilité de l'impulsion avec soulagement consécutif.

La parole est ensuite donnée à M. le Dr Jules Dallemangne, chef du service d'autopsies des hôpitaux, agrégé de l'Université de Bruxelles. Lecture est donnée de son rapport sur l'*étiologie fonctionnelle du crime*. Pour lui, le crime est un fait à la fois biologique et social.

La pathologie mentale a montré les transitions qui relient les uns aux autres les degrés divers de l'aberration mentale ; elle a établi les rapports du crime avec la folie et resserré la théorie du libre arbitre absolu.

L'Ecole italienne est venue, en forçant l'importance des caractères anatomiques, créer de toutes pièces un type du criminel atavique. Cette création prématurée était artificielle ; il faut la relier à la tentative de Morel dont elle découle, et à toute la série des recherches qui ont dès longtemps établi les rapports existants entre le criminel et le dégénéré. Le complément nécessaire de tous ces efforts est dans la psychologie physiologique. Enfin la biologie doit elle même prendre un appui sur la sociologie, les causes sociales ayant dans la genèse des crimes une influence qu'on ne peut pas ne pas admettre.

La plus grande somme de précision dans l'application du facteur biologique est due à M. Magnan. Pour le savant clinicien de Sainte-Anne le criminel est un dégénéré. La dégénérescence n'apporte pas une prédisposition naturelle aux actes délicteux, mais un trouble cérébral qui agit soit en violentant les centres modérateurs, soit en les déséquilibrant.

De toutes les théories émises, celle de M. Magnan se trouve être la plus concrète, celle qui serre de plus près la physiologie. Elle est du reste fortement appuyée par de brillants travaux sur ce groupe étrange des dégénérés. La classification des spinaux, des cérébraux postérieurs et des cérébraux antérieurs qui synthétisent toute l'échelle qui va de l'idiot au déséquilibré intellectuel est trop connue pour que nous insistions; mais cette systématisation toute séduisante qu'elle est ne paraît pas renfermer la vérité tout entière. Nous aurions tout d'abord bien des réserves à faire, quant à la subdivision des dégénérés, et nous en faisons de formelles, quant à l'incorporation de tous les criminels dans la formule du dégénéré selon Magnan.

A un point de vue plus général, il est permis de comprendre la physiologie du crime comme découlant des propositions fondamentales suivantes: Tout acte individuel de la vie normale, toute manifestation sociale, par conséquent, relève directement ou indirectement d'une des 3 grandes fonctions nutritive, génitale, intellectuelle. Cette triple formule embrasse la vie de l'individu, comme elle synthétise la vie sociale.

Ces fonctions, tout en s'imbriquant pour ainsi dire, dominent chacune à son tour dans la vie de l'individu comme dans la vie des sociétés. Elles acquièrent par là, en dehors de la hiérarchie due à leur nature même, un ordre de succession qui les groupe à nouveau, selon leur importance au point de vue de l'individu et de la société.

Les fonctions inassouvies créent dans leur centre respectif une tension qui, objectivement, rend la décharge consécutive plus violente et plus spontanée et subjectivement donne naissance à toute la gamme des sensations qui vont du simple malaise indéfinissable à la douleur qui affole et masque la conscience.

La satisfaction fonctionnelle donne lieu à l'inertie des centres d'une part, et à toute l'échelle des sensations qui vont du bien-être pur et simple aux plus délicieuses voluptés.

Ces satisfactions, ces tensions trop prolongées laissent dans les centres des reliquats multiples, qui, en subissant toutes les transformations de l'hérédité, finissent par donner à certaines catégories d'actes des caractères étranges, où l'analyse ne retrouve plus d'emblée l'origine fonctionnelle. Le point de départ pour être reculé ou masqué n'en subsiste pas moins. Si ces formules doivent donner la clef de tous les actes de la vie sociale normale, elles doivent également éclairer les faits anormaux, tant dans la vie de l'individu que dans la vie des sociétés.

L'étude du problème du crime doit donc être, avant tout, l'étude de la psycho-physiologie du criminel. Cette étude ne peut exister qu'aux conditions suivantes:

Envisager l'évolution individuelle et l'évolution sociale, comme subordonnés à trois ordres de facteurs, que faute de dénominations mieux appropriées nous appellerons nutritifs, génésiques, intellectuels. Ramener tout acte normal individuel ou social à l'action plus ou moins directe de l'un de ces 3 facteurs ou de la résultante de plusieurs d'entre eux. Rechercher dans les actes pathologiques sociaux les déviations morbides ou tout au moins anormales de lui ou de plusieurs de ces facteurs.

Comprendre dans ces déviations tout d'abord les effets de la non satisfaction pure et simple du besoin. Ensuite la non satisfaction d'un besoin déterminé, auquel des circonstances particulières ont imprimé un caractère qui peut le rapprocher ou l'éloigner considérablement du besoin normal physiologique. Enfin rechercher, dans les états dégénérés ou déséquilibrés, la filiation des anomalies successives subies par l'un des facteurs ou de plusieurs d'entre eux, anomalies dont la résultante finale constitue les états de dégénérescence et de déséquilibrement.

Votre bien dévoué,

Dr A. Marie.

Lettre II.

Bruxelles, 9 août.

Monsieur le Rédacteur en chef,

La *seconde séance*, présidée par M. Benedickt, a débuté par la lecture des recherches de Mme Tarnowski sur l'*état des sens* considérés comparativement chez les femmes homicides, voleuses et prostituées et chez les honnêtes femmes. Elle a obtenu quelques différences, tant dans l'étendue des champs visuels que dans la sensibilité olfactive et gustative qu'elle a expérimentés à l'aide de moyens simples et rapides (ammoniaque, sel, sucre, acide acétique, quinine). Le tact et la sensibilité à la douleur, ainsi que la sensibilité réflexe, donnent aussi des résultats curieux mais contradictoires, dont il est difficile de tirer des déductions pratiques au point de vue de la criminologie et même au point de vue de l'anthropologie proprement dite. Ces objections ont d'ailleurs été développées par M. Nacke, de Leipsig, auquel M. Heger, de Bruxelles, a répondu en remerciant publiquement Mme Tarnowski de son travail si complet dont les résultats, bien que négatifs en ce qui concerne l'anomalie des organes des sens, n'en constituent pas moins pour la science un précieux appoint. De tels résultats montrent que c'est moins au système des récepteurs périphériques qu'il faut ici s'en prendre, qu'à l'insuffisance des centres cérébro-spinaux dont l'étude en dernière analyse peut seule donner quelque éclaircissement décisif. Les délinquants, comme beaucoup de pathologiques, sont des cerveaux invalides disposant d'organes secondaires normaux. L'outil est bon: c'est le bon ouvrier qui manque.

M. Benedickt rappelle, à propos de la communication précédente, les résultats qu'il a obtenus dans ses recherches sur les criminels. Si leurs organes des sens sont indemnes il n'en est pas de même de leurs réactions aux différentes excitations; c'est ainsi qu'on peut noter l'analgésie morale, l'absence de sensibilité aux spectacles douloureux ou aux autres causes ordinaires de sentiments et d'impressions tristes ou d'émotions violentes. A ce point de vue, les criminels sont d'une impassibilité qui rappelle l'anesthésie, de même que les barbares primitifs et les sauvages, d'ailleurs. Comme eux aussi, et comme l'animal, ils semblent offrir une résistance anormale à la douleur ordinaire et surtout au schock organique traumatique; c'est ainsi qu'une fracture, toutes choses égales, se passe également le plus souvent chez le criminel, le primitif, l'animal et quelquefois l'aliéné, alors que sur l'individu normal elle n'eût pas été exempte de réaction inflammatoire, de douleur et de complications fébriles ou autres.

M. Lacassagne (de Lyon) communique une *classification des criminels* selon les trois grandes divisions de la physiologie de l'encéphale et de l'anatomie correspondant aux localisations psychiques, motrices et sensitivo-sensorielles. Il y aurait ainsi des frontaux ou intellectuels, des pariétaux, moteurs actifs et impulsifs, et des occipitaux ou instinctifs sensitifs.

M. Nacke objecte à cette théorie l'insuffisance de nos connaissances en matière de localisations cérébrales; l'incertitude qui règne encore sur nombre de points, en particulier sur les fonctions psychiques et les localisations psycho-sensorielles et sensitives, ne permet pas d'édifier une telle théorie. L'auteur rappelle les travaux de l'Ecole allemande dans ce sens et les autopsies ainsi que les expérimentations en contradiction avec l'enseignement des centres déterminés et distincts de l'écorce.

M. Cuylitz, après avoir examiné la théorie de Lombroso sur l'homme délinquant, repousse tous les caractères anatomiques relevés par cet auteur. Il conclut que le criminel-né n'existe pas, que le dégénéré criminel dépend du milieu social et des tares acquises, au moins autant que des tares transmises par l'hérédité; il croit, d'ailleurs, qu'il relève plutôt de la prison que de l'asile. Ce dernier établissement doit être réservé pour le fou moral que l'auteur semble détacher de la catégorie des dégénérescences. A l'appui, l'orateur soumet au Congrès des photographies d'individus non criminels, honnêtes au sens ordinaire du mot et porteurs malgré cela de tous les signes physiques typiques signalés par Lombroso pour l'homme criminel-né.

Les photographies circulent et donnent lieu à un incident inattendu ; M. Warnotz (de Bruxelles) reconnaît précisément dans le portrait un individu qu'il a examiné ; les initiales sont identiques et les dates coïncident, le doute n'est pas permis. Or cet homme est justement un criminel, récidiviste à 50 condamnations, dont une à 15 ans de prison ; l'argument contraire tourne donc d'une façon inattendue en faveur de Lombroso contre qui il était invoqué.

M. Thiry (de Liège) donne connaissance des résultats de recherches entreprises sur les détenus de la prison de Liège : 47 criminels pris au hasard ne présentaient pas d'anomalies céphaliques marquées ; les circonférences craniennes étaient en moyenne de 55 à 56 centimètres, les diamètres transverses de 15 et quelques millimètres et les diamètres antéro-postérieurs de 18 à 19 centimètres.

M. Struelus (de Bruxelles) rapporte des mensurations faites à la Compagnie de colonisation du Congo ; les ouvriers, d'après lui, et, d'une façon générale, les artisans manuels auraient un développement prédominant des régions pariéto-occipitales, à la différence des gens développant surtout l'intellect et les circonvolutions antérieures frontales.

M. Houzé (de Bruxelles) prend la parole pour rectifier les assertions du précédent orateur ; les différences de développement céphalique dolichocéphale ou brachycéphale ne dépendent pas des occupations manuelles ou intellectuelles, mais bien de l'origine ethnique des individus ; les ouvriers dolichocéphales précités étaient simplement des gens d'origine wallonne et ce serait une grosse erreur que d'attribuer à leur genre de profession leur conformation crânienne particulière.

M. Motet (de Paris) lit un travail sur les *mobiles du crime chez l'enfant*. Il divise les enfants délinquants en delinquants d'aventure, délinquants instinctifs, et par débilité intellectuelle ; le crime passionnel, ici, ne se rencontre pas. Parmi les délinquants d'aventure, il rapporte de nombreux cas de vagabondage qu'on pourrait appeler intelligent ; c'est poussé par un besoin d'émancipation précoce et une vive curiosité que ces enfants fuient le domicile des parents. Généralement ils n'arrivent pas à leur but, à moins que le vol préalable ne leur ait permis d'acheter un billet de chemin de fer, par exemple ; dans ce cas la curiosité satisfaite amène une détente complète, avec effroi de l'acte accompli.

Dans d'autres cas, il a observé des vols puérils simples, par convoitise de jouets ou de comestibles. Tout autres sont les délinquants instinctifs qui, eux, se distinguent par l'absence de honte et de remords, leur aptitude au mensonge, leur habileté à se défendre ; on trouve même là de vrais petits chefs de bandes, parfois ; il en cite un de dix ans : ce sont les ardents qui mènent les passifs plus timides. Ces enfants vicieux, totalement dépourvus de sens moral, sont le fruit de la détestable hygiène morale du milieu social dont ils sont issus. Quant aux débiles, ils relèvent de la pathologie mentale ordinaire.

M. On-Tsong-Lien, délégué officiel de la Chine, explique que dans son pays on ne se contente pas de punir très sévèrement les délinquants ; mais que l'on atteint encore le milieu coupable et responsable aussi du délit. La pénalité atteint d'ailleurs non seulement la famille et les gens de la même localité, mais encore les autorités locales qui l'ont administré de façon à permettre la production d'un délit. En revanche, il existe des récompenses analogues, quand il ne s'est produit aucun cas délictueux depuis un certain temps.

M. Tarde fait remarquer que c'est là une responsabilité civile collective vers laquelle nous tendons ; chez nous, en effet, si les acquittements sont de plus en plus fréquents, les condamnations au civil augmentent d'une façon correspondante. La responsabilité civile du père pour l'enfant, du patron pour les ouvriers existe déjà ; on est sur le point de nous donner la responsabilité sociale dans certains cas de crimes contre les biens et les personnes (attentats par la dynamite, par exemple), comme si la société se reconnaissait la complice inconsciente, mais responsable, de ces attentats.

Comme conclusion pratique, M. Prins (de Bruxelles) dit que l'avenir est à la décentralisation judiciaire ; les juges locaux connaîtront leurs justiciables d'un façon plus approfondie, si on les rapproche d'eux, et dès lors ils pourront mieux apprécier les questions de milieu, d'hérédité, etc., qui doivent dominer tout jugement équitable ; la justice sera alors un conseil de tutelle pour beaucoup de gens qui méritent plutôt la protection sociale que la répression aveugle et brutale qu'on leur a donnée jusqu'ici. Votre bien dévoué, Dr A. Marie.

Lettre III.

Bruxelles, 10 août,

Monsieur le Rédacteur en chef,

La seconde journée du Congrès d'Anthropologie criminelle a débuté par une note de M. Th. Roussel (de Paris) relativement à l'insuffisance de notre législation en matière de mesures préventives vis-à-vis des dégénérés criminels ; guéris ils peuvent sortir de l'asile sans autres précautions que, pour les aliénés ordinaires, la loi de 38 ne permettant plus de les maintenir sans troubles mentaux ; il y aurait lieu pour cette catégorie de malades d'apporter quelques restrictions aux conditions de la mise en liberté et peut-être de créer, pour ces types intermédiaires à l'aliéné ordinaire et au délinquant, des établissements mixtes entre la prison et l'asile.

M. Wassitch (de Bucharest) signale dans son pays la responsabilité communale dans les cas d'incendie d'auteurs inconnus ; grâce à cette mesure, d'ailleurs, les auteurs sont bien plus souvent découverts, dénoncés qu'ils sont par leurs voisins qui craignent de contribuer au payement de l'indemnité.

Sur une motion de M. Benedickt il est procédé à la lecture des rapports de M. Dimitri Drill (de Moscou) et de M. A. Houzé (de Bruxelles).

Le 1er traite des principes fondamentaux de l'Ecole d'anthropologie criminelle. « Les conditions malheureuses et défavorables de l'entourage agissent d'une manière désavantageuse sur l'être complexe psycho-physique ; elles laissent inévitablement dans son organisation des traces plus ou moins profondes, y produisent des états organiques anormaux de durée plus ou moins longue, des états bien connus de chacun de nous, et par l'expérience personnelle et pour les avoir observés. Ce sont justement ces états malsains, renforcés par des causes prédisposantes, qui deviennent les facteurs immédiats et les moments déterminants de l'acte criminel, tout à fait de même qu'un accès de colère, accompagné de déviations passagères dans les fonctions organiques, devient le facteur immédiat et la cause déterminante de quelque acte déraisonnable.

Voilà les phénomènes sur lesquels est basée la théorie dite sociale du crime, une théorie qui, par un malentendu étrange, a été représentée comme quelque chose d'opposé à la théorie organique. Nous ne connaissons la vie de l'organisme humain que sous l'influence directe des conditions de la vie sociale ; c'est pourquoi nous ne pouvons et nous ne devons considérer isolément ni la théorie sociale, ni la théorie organique, mais il nous faut une théorie sociale et organique du crime ; c'est cette dernière qui est exposée et développée par l'Ecole d'Anthropologie criminelle. Cette Ecole ne reconnaît à la punition d'autre base et d'autre but que la nécessité de protéger la société contre les conséquences fâcheuses du crime. Vue de cette manière, l'idée de punition devient plus rationnelle ; il ne s'agit plus de faire souffrir pour causer des souffrances ou pour satisfaire un sentiment de vengeance.

On ne s'occupe plus du criminel dans l'abstrait, du criminel qui ne se dédit jamais, mais on étudie les types si variés du criminel réel et concret, tel que la vie, le tribunal et la prison nous le présentent. A la place des théories spéculatives, on passe à l'analyse d'après des données purement scientifiques et à l'aide de méthodes exactes et naturelles.

Ainsi basant avec fermeté la question du crime humain sur le terrain scientifique, l'Ecole d'Anthropologie criminelle a pour but d'apprendre à fond le criminel actuel et ses crimes, comme des phénomènes ordinaires et naturels, et de les étudier dans toute l'étendue de leurs nombreux facteurs, depuis leur genèse, leurs germes les plus éloignés, transmis par hérédité, jusqu'au plein accroissement et au développement final. De la sorte, la question du crime humain est réunie à la grande question sociale, et ces phénomènes sont considérés comme résultat inévitable de l'activité réciproque de facteurs sociaux et individuels.

Donc, à l'encontre des systèmes actuels, il faut, dans chaque

occasion de délit, prendre en considération les particularités individuelles et les étudier scrupuleusement avant de rendre un arrêt. Le terme de la punition doit durer tant qu'existent les causes qui l'ont nécessitée, et ce terme doit finir sitôt que ces causes cessent d'exister.

Pour M. Houzé, le type anatomique désigné par Lombroso comme appartenant au criminel-né est un type hybride, composé en réunissant des caractères puisés à des sources différentes. Ce n'est donc pas un type réel. En admettant cependant que ce type se rencontre, encore est-il réalisé seulement dans la minorité des criminels; il doit donc être rejeté. Pour constituer un type criminel, il faudrait choisir, non seulement dans la même localité, mais encore dans une même classe sociale, un nombre égal de délinquants et de non délinquants. La division des individus en délinquants et non délinquants est arbitraire, car, comme le dit M. le professeur Brouardel, rien ne prouve qu'un individu sans casier judiciaire soit un honnête homme. Un certain nombre de criminels relèvent de la pathologie; ils présentent des stigmates nombreux de dégénérescence, mais ils ne constituent, dans la famille des dégénérés, aucune catégorie spéciale. Tel dégénéré est tuberculeux, tel autre fou, celui-ci est idiot, celui-là assassin... Les dégénérés sont les produits héréditairement dégradés de la race dont ils relèvent; incapables de s'adapter à leur milieu, réfractaires à toute éducation, par insuffisance organique, ce sont des victimes de l'évolution (Féré.) Certains dégénérés sont nuisibles et la société doit prendre vis-à-vis d'eux des mesures de sécurité d'autant plus rigoureuses que la pénalité les trouve incorrigibles.

M. Warnotz (de Bruxelles) dit de même que l'homme n'est qu'un composé d'organes fonctionnels réunis en système. Le système nerveux et le cerveau n'échappent pas à cette loi organique. Pour la moelle la démonstration est faite, pour le cerveau elle est en train de se faire. Les actes sont donc la conséquence des réactions fonctionnelles des centres nerveux et cérébraux dans tel ou tel milieu particulier. Les organes restent relativement conséquents avec eux-mêmes, les conditions variant. La morale et les lois ne sont que les conséquences du besoin qu'a la société de se défendre contre ses membres réfractaires, que leur organisation vicieuse écarte des conditions sociales communes. Lois et morale ont varié avec l'évolution sociale; ce ne sont que des conventions; elles ne peuvent prétendre atteindre des effets alors qu'il s'agit de pallier efficacement les maux sociaux en s'attachant aux causes; c'est là le but de l'hygiène sociale, la science de demain.

L'orateur rappelle, en outre, les conclusions du rapport de M. Manouvrier, absent; pour cet auteur, la doctrine transformiste doit être appliquée à l'anthropologie criminelle, avec laquelle elle est loin d'être incompatible. Les néophrénologues, partisans de l'innéité du crime, peuvent avoir adopté nominalement le transformisme en ce qui concerne la formation des espèces: ils ne paraissent pas en avoir compris toute la portée.

M. Jelgersma (de Nuremberg) étudie à son tour les caractères physiques, intellectuels et moraux du criminel-né. Depuis qu'au lieu de s'en tenir au crime on étudie le criminel on note la fréquence d'anomalies physiques variées. Tout effet a une cause, tout changement dans l'organisme ne laisse pas que d'amener d'autres modifications, et inversement on peut voir dans les anomalies physiques lointaines des manifestations d'anomalies centrales qui nous échappent. Il y aurait variation primaire, centrale et variation secondaire dégénérative, correspondant à ce que Darwin a défini sous le nom de changement corrélatif. Or il est impossible de méconnaître le caractère pathologique de ces signes dégénératifs, et s'il est prouvé qu'ils se rencontraient plus souvent chez le criminel que chez les personnes jugées honnêtes, cela suffit à montrer la nature pathologique du criminel, comme de l'aliéné. La névrose, l'aliénation mentale, l'alcoolisme, le suicide et le crime ne feraient-ils pas tous partie d'une grande et même famille de maladies de l'esprit humain? Ce ne sont peut-être que des états maladifs qui diffèrent par des particularités, mais qui ont la même origine.

A la suite des communications précédentes s'est élevé une discussion des plus vives à laquelle ont pris part M. Zatrewski (de Kharkoff), M. Meyer (de Tongres), ainsi que M. l'abbé de Baets. Ces deux premiers orateurs, procureurs et substituts l'un en Russie, l'autre en Belgique, prononcent un véritable réquisitoire contre l'Anthropologie criminelle et ses théories subversives, qui vont ébranler la société sur ses bases en affaiblissant le droit criminel et la répression pénale. Ils nient la science anthropologique, en ce qui concerne la criminologie et la qualifient, sur ce terrain d'hypothèses hasardées. Ils lui opposent l'Ecole criminaliste juridique, dite classique, qui fait reposer la notion du crime sur l'existence d'une justice absolue, d'une morale sociale immuable et la notion intelligente et libre de l'homme.

Nous ne suivrons pas ces auteurs sur le terrain métaphysique où ils se sont placés; nous indiquerons seulement les principales objections de pratique qu'ils invoquent. « Opposer les tendances sociales de la collectivité aux tendances inverses de l'individu constitue au droit pénal une base brutale qui n'est autre que la force du plus grand nombre; il en doit résulter des pénalités outrées en théorie avec l'affaiblissement en fait de la répression. L'arbitraire tend à devenir la règle; les considérations de fait dirigeant l'évaluation des peines les plus souvent illimitées comme durée par l'impossibilité de prévoir la cessation des causes; les restrictions sociales les plus exagérées deviennent possibles, comme l'interdiction au mariage proposée par Lombroso. Plus d'amendement possible, et il n'y aura pas de raisons pour ne pas enfermer les criminels latents non délinquants parce qu'ils présenteront un état physique donné; et inversement des criminels de fait, non malformés, les circonstances étant changées, seront laissés libres, sans que la justice puisse les atteindre. »

M. l'abbé de Baets, aumônier des prisons de Gand, a succédé à la tribune aux magistrats précédents; il a fait preuve incontestablement d'une largeur de vue bien plus grande, et ses paroles ont rallié les applaudissements de toute l'assemblée. Pour lui, toute théorie exclusive, physiologique, pathologique, juridique ou physiologique, est fausse; on doit compléter les théories les unes par les autres. Dire que le crime est un fait essentiellement physique ou social, n'est pas suffisant; c'est aussi un fait moral. Il n'en est pas moins vrai que les magistrats, comme les prêtres et tous ceux qui s'occupent de la défense de la morale sociale, ne peuvent faire abstraction de la science anthropologique qui conduit à une meilleure appréciation des faits et au départ plus exact des influences extrinsèques à l'individualité morale de l'homme.

M. Nyssens (de Louvain), professeur de droit criminel à l'Université, clôt le débat en disant que l'heure est venue de sortir du domaine de l'abstraction. L'ancienne école classique a besoin d'être revivifiée par les théories anthropologiques nouvelles dont les jurisconsultes ne peuvent pas se désintéresser. Les conclusions extrêmes, bien que non encore atteintes, concilieront peut-être les divergences actuelles; le progrès est dans la subordination à l'observation exacte de toute théorie scientifique sérieuse, juridique ou autre.

Nous avons tenu à signaler l'intervention aux débats de tous ces représentants de la science juridique et extra-médicale; elle montre que les théories positives de l'anthropologie criminelle nouvelle pénètrent au delà des milieux spéciaux. L'intervention active aux débats des orateurs de cette catégorie est un symptôme intéressant et du plus heureux présage pour la diffusion prochaine des idées progressistes en matière de criminologie.

Jusqu'ici les discussions étaient cantonnées entre représentants d'Ecoles anthropologiques différentes; les magistrats assistaient à ces luttes sans y prendre part, du moins en tant que représentants d'une école spéciale indépendante. Dr Marie.

Lettre IV.

Bruxelles, 11 août.

Monsieur le Rédacteur en chef,

La 4e séance du Congrès d'Anthropologie criminelle a été consacrée à la suite de la discussion sur le criminel-né, et à la réponse de M. Van Hamel, d'Amsterdam, aux objections de MM. Meyer et Zatrewski. Ces orateurs repoussent les faits en les taxant d'hypothèses et leur opposent la conception métaphysique d'une morale et d'une justice absolues; on peut leur retourner avec bien plus de raison la même fin de non recevoir.

Les législations actuelles, quoi qu'en disent leurs défenseurs, ne sont elles-mêmes que le résultat de la domination du plus grand nombre, ni plus ni moins que la défense sociale repoussée par les légistes comme base de la législation à venir. La défense du développement pacifique organique des sociétés n'a rien que de très légitime : c'est la défense du progrès.

Ces juristes nous disent que lorsqu'ils doutent ils consultent le médecin sur la valeur du délinquant, et que de la sorte l'anthropologie criminelle peut appliquer ses données ; trop souvent, ajoutent-ils, les médecins sont incapables de se prononcer ou se prononcent dans des sens opposés ; on peut leur répondre que ce serait déjà un grand pas que d'avoir appris aux magistrats à douter.

La 3e journée du Congrès a été consacrée à des observations de M. BENEDICKT et à une note de M. NACKE (de Leipsig), sur les signes de *dégénérescence chez les femmes normales*, les *femmes aliénées* et les *criminelles* devenues *folles*. L'auteur conclut en émettant le vœu que l'enseignement de l'Anthropologie criminelle fasse l'objet de cours accessoires faits aux juristes.

Lecture est ensuite donnée des rapports de MM. BENEDICKT, A. VOISIN et BÉRILLON, sur les *suggestions criminelles* et la *responsabilité pénale*.

La question suivante du savant professeur de Vienne manque d'actualité, ou, tout au moins, de maturité, en l'absence de faits péremptoires et concluants.

Lecture est donnée, à la séance, des rapports de MM. GAUCKLER et VAN LISZT.

Le 1er porte sur l'importance respective des éléments sociaux et anthropologiques dans la détermination de la pénalité. La fonction essentielle du droit criminel est de prévenir le délit par l'intimidation et cette fonction est conditionnée par des éléments exclusivement sociaux ; sa fonction secondaire est d'assurer l'innocuité d'un délinquant primaire en se fondant sur les données anthropologiques. A un moindre degré le droit criminel a pour fin la réparation du préjudice dont a souffert la victime ; enfin dans la poursuite de ce triple résultat, il faut tenir compte des sentiments sociaux de justice, de haine et de pitié qui se manifestent à l'occasion du délit. »

Pour M. VAN LISZT, on doit distinguer les délinquants d'occasion et les délinquants de nature. Vis-à-vis des premiers, la punition n'a qu'un but : imprimer à l'esprit la notion de l'inviolabilité de l'ordre légal.

Vis-à-vis des délinquants de nature, il faut prendre des mesures essentiellement différentes, surtout lorsqu'il s'agit de dégénérés. Mais ici une autre distinction est indispensable. Tant que cet état est encore guérissable, la punition doit chercher à le combattre, à améliorer le délinquant. Elle atteindra son but d'autant plus sûrement que le délinquant sera plus jeune. A côté du pénitencier, et préférablement à toute autre mesure, les maisons d'éducation et de correction sont favorables à l'amendement des jeunes gens. Cet état est-il reconnu incurable ; il faut protéger le malheureux contre lui-même et contre la société en le mettant définitivement dans l'impossibilité de nuire. Les théories et les mots importent peu, qu'on tienne ces hommes pour responsables ou malades, qu'on dise asile ou pénitencier, peu importe. La législation pénale de l'avenir devra donc s'édifier sur les données de l'anthropologie criminelle.

M. MANOUVRIER lit son travail sur l'étude comparative des criminels et des honnêtes gens. Pour étudier le crime dans ses rapports avec la conformation anatomique, il faut d'abord, par une analyse délicate, ramener chaque crime à ses éléments physiologiques directement en rapport avec l'anatomie. Ces éléments physiologiques reconnus, on pourra les étudier partout. Qualités ou défauts, violences ou douceurs, etc., seront étudiées aussi bien sur les honnêtes gens que sur les criminels. De la conformation anatomique dépendent les aptitudes physiologiques mais ces aptitudes alimentaires sont elles-mêmes modifiables sous l'influence du milieu. Elles peuvent entrer dans le déterminisme des actes les plus variés et les plus différents surtout s'il s'agit d'actes caractérisés comme le crime sociologiquement et moralement.

Les actes sont rendus possibles par la conformation, mais leur nature très variable avec une même conformation est commandée par le milieu extérieur. C'est donc la doctrine transformiste appliquée à l'anthropologie.

M. WINCKLER (d'Utrecht) lit ensuite son mémoire, sur la nécessité d'introduire l'étude de l'anthropologie criminelle dans les cliniques psycho-pathologiques et de la rendre obligatoire pour les étudiants en médecine et en droit.

Bien à vous.

Dr MARIE.

Les médecins des Bureaux de bienfaisance.

A la suite d'un blâme adressé à l'un d'eux, les huit médecins du Bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement ont adressé la lettre suivante :

Monsieur le Maire, Président du Bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement,

Les médecins soussignés,

Considérant que, quel que soit leur zèle, ils peuvent être surpris dans leur clientèle par des cas urgents, de nature à retarder malgré eux leur service administratif ; que ces retards ne leur étant pas habituels, il n'y a pas lieu de leur adresser des blâmes officiels ;

Considérant, d'autre part, que des malades fort négligents remettent tardivement au médecin, dans la soirée, les lettres de convocation demandées par eux à la mairie le matin ;

Considérant également que le service du Bureau de bienfaisance est excessivement pénible pour les médecins, tant à cause des nombreuses visites qu'ils ont à faire que de l'étendue du terrain qu'ils ont à parcourir, et qu'il leur est alloué une indemnité qui n'est nullement en rapport avec les services rendus

Demandent : 1° que l'Administration ait plus de bienveillance pour ses médecins ; 2° qu'à l'avenir, les malades reçoivent de la mairie l'avis suivant :

« Tout malade ayant envoyé la lettre de convocation au médecin après 4 heures pourra n'être visité que dans la journée du lendemain »

Veuillez agréer, etc., etc,

Ont signé : Drs Gibert, Dambax, Mallet, Petit, Paul Cornet, Yvon, Gourichon.

Nous espérons que cet incident n'aura pas de suite et que la bonne entente se rétablira promptement entre la Municipalité et les médecins.

La Loi sur l'exercice de la médecine.

Rouen, le 1er août 1892.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans une de vos colonnes du 30 juillet, un article intitulé : La Loi sur l'exercice de la Médecine à la Chambre des députés. Le doyen de la Faculté, M. Brouardel, fait connaître que les jeunes gens en possession d'inscriptions pour l'officiat de santé pourraient convertir leurs inscriptions en doctorat. Je viens demander, Monsieur le Rédacteur, dans quelles conditions il faut se trouver pour pouvoir bénéficier de cette conversion. Je suis élève pour l'officiat de santé, ayant 8 inscriptions validées. Quel accès vers le doctorat ces inscriptions me donnent droit?

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance ce renseignement, etc. L. L.

Des informations, prises à la Faculté et qui nous ont été données très gracieusement, nous permettent de répondre avec précision à notre correspondant.

« Avant la promulgation de la loi, il faut être bibachelier et tomber sous le coup immédiat de la loi militaire, c'est-à-dire que, tenu par le décret de 1878, le Ministère n'accorde la conversion qu'à ceux qui sont appelés immédiatement à partir.

« Après la promulgation de la loi, d'accord avec l'Administration, la conversion sera beaucoup plus facile, de droit, pour les bibacheliers ; puis, d'étapes en étapes, d'années en années, on l'accordera probablement à tous ou presque tous. » B.

DÉLIVRANCE DE MÉDICAMENTS SANS ORDONNANCE PAR LES PHARMACIENS. — Un pharmacien, auquel une bonne munie d'une lettre d'une dame sollicitait pour un franc de strychnine pour *conserver les oiseaux empaillés*, a cru devoir satisfaire à cette demande et remit à cette bonne deux grammes de strychnine. Ce pharmacien, M. C... (du Mans), a été condamné à deux cents francs d'amende.

REVUE DE CHIRURGIE

I. — **Résection de l'urèthre dans les cas de rétrécissements traumatiques**; par E. Vignard. — *Arch. Provinciales de Chirurgie*, t. I, n° 1, 1892

II. — **Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires**; par Chaput. Asselin et Houzeau, édit., 1892.

III. — **Extirpation du cancer de l'estomac; un cas de guérison**; par L. Defontaine (Le Creusot) — *Arch. Provinciales de Chirurgie*, t. I, n° 1, 1892.

I. — La résection de l'urèthre n'occupe pas dans la chirurgie urinaire le rang auquel elle a droit. Sans refuser aux rétrécissements blennorrhagiques le bénéfice de cette opération, on peut dire que son indication la plus nette est le rétrécissement traumatique : 1° Parce que ce rétrécissement constitue une lésion limitée de l'urèthre. 2° Parce que les autres modes de traitement sont impuissants contre lui ou illusoires. Dans les rétrécissements traumatiques infranchissables, la résection est la seule opération rationnelle. Dans les rétrécissements indilatables, c'est l'opération de choix. Dans les rétrécissements difficilement dilatables, elle doit être proposée au malade. La résection d'un rétrécissement traumatique uréthral avec intégrité ou lésion limitée du périnée est une opération facile. Le rapprochement des deux bouts et leur accolement parfait par la suture est le plus souvent possible. Cette suture, il est plus sûr de la faire sous-muqueuse. La suture par étage des parties molles du périnée est un complément nécessaire de la suture uréthrale. En cas d'infection vésicale ou uréthrale, des lavages avec une solution faible de nitrate d'argent, répétés pendant et après l'opération, peuvent rendre les plus grands services en assurant la réunion immédiate. La sonde à demeure est utile; elle sera enlevée le plus tôt possible. L'entretien du calibre de l'urèthre par le cathétérisme ne sera recommandé que dans le cas où il est survenu, après l'opération de l'uréthrite un peu intense ou prolongée, de la suppuration périnéale, complications qui peuvent faire supposer l'échec de la réunion primitive de l'urèthre et une cicatrisation par bourgeonnement. Dans le cas contraire, on peut se borner à une exploration à intervalles éloignés, et faire espérer au malade une guérison durable, peut-être radicale. Pour l'affirmer, il faut attendre que les faits veillissent et que nous possédions un grand nombre de résultats très éloignés de la résection.

II. — On connaît la compétence toute particulière de M. Chaput pour la chirurgie intestinale. Ce chirurgien a fait sienne cette question dans notre pays et il faut reconnaître que nous lui devons un certain nombre de procédés opératoires nouveaux. Rien d'étonnant dès lors à ce qu'il ait jugé bon de résumer en une centaine de pages toutes ses publications antérieures dans le petit opuscule qu'il offre aujourd'hui au public. La technique des opérations sur l'intestin se résume presque — qu'on nous pardonne cette exagération voulue — en celle de la suture intestinale ; et il est un premier fait qui pour nous ne fait aucun doute : en France, on ne sait pas — en général bien entendu, car il y a des exceptions — recoudre ensemble deux morceaux d'intestin. Ceux qui ont vu les chirurgiens allemands à l'œuvre et ont pu comparer ce qu'ils font avec ce qui se passe dans les hôpitaux de Paris sont édifiés à ce sujet. Il faut donc savoir gré à M. Chaput de rappeler l'attention sur ce point de technique extrêmement important à notre avis. Dans son petit livre on trouvera la description des sutures nouvelles de Czerny, Gussenbauer, Czerny-Wölfler, etc., sans compter celles qui sont propres à l'auteur. Plus loin sont décrites les différentes opérations qu'on peut avoir à exécuter sur l'intestin. Enfin, l'opuscule se termine par deux chapitres, un peu brefs, réservés aux opérations qui se font sur la vésicule biliaire et sur l'estomac. Il est certain que les chapitres qui ont trait à la chirurgie intestinale valent la peine d'être lus, même par des professionnels.

III. — D'après cette courte étude, et autant que le permet l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet encore neuf, il est permis de penser : 1° Que la pylorectomie, opération d'origine française, due à Péan, est l'opération qui conserve sans conteste la place d'honneur au point de vue chirurgical et thérapeutique dans le traitement du cancer de l'estomac ; 2° Que la pylorectomie convient aux cancers avec adhérences faibles, qu'il est assez rare malheureusement de rencontrer au moment où l'opérateur est appelé à agir ; 3° Que lorsque la pylorectomie ne peut être faite dans des bonnes conditions, il faut se contenter de la gastro-entérostomie ; 4° Que la suture continue spiroïde entrecoupée présente des avantages sérieux ; 5° Que l'opération chirurgicale est le seul moyen que nous ayons de lutter contre un mal aussi fréquent et aussi redoutable que le cancer de l'estomac, et qu'il importe d'y avoir recours de bonne heure et hardiment, laissant au contraire de côté les malades trop cachectiques qui ont attendu trop longtemps avant de se décider à une opération. M. B.

VARIA

Commission de l'assainissement et de la salubrité de l'Habitation.

La première réunion de la Commission de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation, constituée à la Préfecture de la Seine par un arrêté préfectoral, en date du 29 juillet 1892, approuvant une délibération prise par le Conseil municipal, dans sa séance du 22 du même mois, a eu lieu le mercredi 3 août, sous la présidence de M. le Préfet de la Seine, en son cabinet à l'Hôtel de Ville. En inaugurant les travaux de cette Commission, M. le Préfet de la Seine a prononcé le discours suivant :

« Messieurs, j'ai tenu à convoquer dès aujourd'hui la Commission de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation dans la ville de Paris afin de vous exposer la nature et l'étendue du concours que mon administration attend de vos lumières. Je vous remercie d'avoir répondu en aussi grand nombre à cette convocation, malgré l'époque des vacances, et je suis heureux de voir dans votre empressement une marque de l'intérêt que vous attachez aux questions que vous serez appelés à résoudre.

« La préfecture de la Seine possède des attributions importantes en matière d'assainissement et de salubrité. La loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres lui a remis un pouvoir répressif pour assurer l'assainissement des maisons existantes ; un peu plus tard, le décret du 26 mars 1852 a complété ces attributions en lui donnant un contrôle préventif sur les constructions neuves et « en « obligeant tout constructeur à déposer à l'Administration un plan « et des coupes cotés des constructions et à se soumettre aux « prescriptions qui lui seraient faites dans l'intérêt de la salu- « brité. » Le décret du 10 octobre 1859 est venu accroître la compétence de la préfecture de la Seine en lui donnant le contrôle des étaux de boucherie et de charcuterie et du curage des fosses d'aisances. Ce même décret a augmenté également les attributions de de mon administration dans la salubrité générale de la cité en la chargeant du balayage, de l'arrosage de la voie publique, de l'enlèvement des boues, du curage des égouts.

« D'accord avec le Conseil municipal, j'ai décidé que toutes les attributions relatives à l'assainissement et à la salubrité de l'habitation seraient réunies, au point de vue administratif, sous une même direction. J'ai, en outre, constitué une inspection générale de ce service et je l'ai confiée à M. le docteur A.-J. Martin.

« Enfin, il a paru que le caractère spécial de ce service rendait désirable la nomination d'une commission permanente chargée d'éclairer mon administration sur les difficultés d'ordre technique, scientifique et administratif relatives à la salubrité, que ses différents services peuvent être appelés à résoudre.

« Déjà, de 1882 à 1885, la Commission supérieure de l'assainissement de Paris a défini les conditions que doivent remplir les habitations pour assurer l'éloignement des immondices et l'évacuation des matières usées. Cette Commission a proposé l'adoption du système dit du « tout à l'égout », qui a reçu depuis l'assentiment du Conseil municipal et du Parlement.

« L'assainissement de l'habitation et de la ville fait naître incessamment des questions qui motivent la constitution d'une commission permanente. L'importance et l'efficacité de nos efforts ne sont plus à démontrer. En effet, Messieurs, il n'est pas douteux que l'on puisse diminuer la mortalité par l'amélioration des conditions sanitaires.

« A Paris, durant les neuf années de mon administration, la mortalité a diminué graduellement. Elle était, en 1882, de 25.3 pour 1,000 ; elle n'était plus que de 21.6 en 1891. Nous aimons à penser que nos efforts communs n'ont pas été sans influence sur cet heureux résultat.

« La réduction de la mortalité peut tenir à deux causes. Elle peut résulter des progrès de l'hygiène individuelle dépendant du

développement de l'instruction, qui porte l'homme mieux éclairé à mieux veiller sur son hygiène personnelle. Elle dépend certainement aussi de l'action qu'exerce l'Administration sur la salubrité de l'habitation et sur l'assainissement de la ville. Pour s'en convaincre, il suffit de constater que la mortalité est toujours plus élevée dans les quartiers et dans les maisons insalubres, mal aérées, malpropres.

« Parmi les causes de décès qui atteignent surtout les habitants de cette partie de l'agglomération urbaine, nous voyons que les maladies dites transmissibles, infectieuses ou contagieuses, entrent pour un chiffre important. La fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, la diphtérie, le croup, la scarlatine et la coqueluche forment un dixième du nombre total des décès; la tuberculose et plus particulièrement la phtisie pulmonaire, les deux dixièmes; l'ensemble de toutes ces maladies entre pour trois dixièmes, soit près d'un tiers, dans les causes de mort.

« Ces maladies relèvent de nos efforts; il est en notre pouvoir, maints exemples l'ont prouvé, d'en diminuer le nombre par des mesures d'assainissement et de salubrité, en vue desquelles nous vous demandons d'apporter votre précieux concours.

« L'assainissement de Paris, s'il est toujours d'actualité, ne date pas d'hier. Voilà plus de trente ans qu'on lui a donné un essor, que cette grande œuvre a été entreprise avec une énergie et une persévérance que rien n'a pu décourager.

« Je n'ai pas à vous rappeler tout ce qui a été fait par les grandes opérations de voirie, par des percées nouvelles, qui ont transformé les quartiers les plus déshérités, par l'établissement de squares et de promenades. Je voudrais seulement insister sur les travaux entrepris afin de procurer à la population des eaux pures, à l'abri de toute souillure, et d'assurer l'écoulement rapide des matières usées par la vie journalière.

« A Paris, le service des Eaux utilise des eaux de rivière et des eaux de source. Le service public et industriel est assuré par les premières, dont il est distribué chaque jour 470,000 m. cubes, soit 176 litres par personne. Le service privé comprend actuellement 120,000 mètres cubes d'eaux de source, soit 50 litres par personne et par jour ; mais bientôt les travaux d'adduction des eaux de la Vigne et du Verneuil, dont M. Humblot poursuit l'achèvement avec la plus grande énergie, élèveront cette quantité à 240,000 mètres cubes, soit 100 litres par tête et par jour. Pour l'avenir, la Ville a acquis dès 1885, dans la vallée du Loing et sur le plateau de la Brie, des sources qui pourront, s'il en est besoin, augmenter de 100,000 mètres cubes l'alimentation journalière en eaux de source.

« En même temps, nous poursuivons les travaux destinés à faire cesser l'infection du sous-sol et de l'atmosphère de Paris, due pour une grande partie à la conservation, à la manutention et au transport des matières usées.

« Vos études nous ont indiqué les mesures les plus propres à procurer ce résultat, à remédier à ce grave danger. Aucune matière usée ne doit séjourner dans la maison ni sur la voie publique : elle doit être éloignée de l'agglomération par une circulation continue et sans stagnation d'aucune sorte ni sur aucun point.

« Le système qui assure le plus efficacement ce résultat est celui du tout à l'égout. Le Conseil municipal en a complété l'adoption le 25 mars dernier en adoptant un projet de règlement actuellement soumis à l'examen du Conseil d'État et qui doit, en même temps, procurer à la Ville les ressources nécessaires.

« Jusqu'ici, 2,951 propriétaires seulement ont établi le tout à l'égout dans leurs immeubles. Les modes de vidange usités à Paris au 31 décembre 1891 se subdivisent ainsi qu'il suit : 64,080 fosses fixes ; — 34,679 appareils filtrants ; — 16,870 fosses mobiles ; — 7,398 chutes directes dans 2,951 maisons ; Et 113 appareils divers.

« A la même époque, la longueur totale de nos égouts publics s'élevait à 902 kilomètres et la longueur totale des galeries, comprenant les égouts publics, les branchements particuliers de regards et de bouches, à 1,292,649 mètres. Ces égouts étaient, au commencement de cette année, pourvus de 1,376 réservoirs de chasse d'eau automatiques.

« Une fois hors de l'enceinte habitée, les matières usées doivent être au plus vite utilisées : ou bien elles sont soumises à l'épuration chimique dans des usines appropriées, ou mieux elles sont utilisées directement pour l'agriculture, suivant l'exemple donné avec tant de succès à Gennevilliers par la ville de Paris.

« Je n'ai pas à rappeler que l'épuration avec utilisation agricole d'une partie de nos eaux d'égout se poursuit depuis plus de vingt ans à Gennevilliers ; vous savez que la santé publique y est excellente, que les maladies transmissibles n'y sont pas plus fréquentes que dans les localités voisines, que l'atmosphère y est salubre et que l'accroissement de la population provient non seulement des agriculteurs, que nos eaux ont enrichis, mais aussi de ceux qui viennent y construire des maisons de villégiature. L'eau d'égout ainsi utilisée s'écoule à la Seine limpide et débarrassée de ses micro-organismes, au lieu de souiller le fleuve par un déversement direct, dans les conditions déplorables que l'on constate sur une si grande étendue en aval du débouché du grand collecteur.

« Le Parlement a autorisé la ville de Paris à continuer l'épandage des eaux d'égout sur les terrains domaniaux d'Achères ; les travaux vont être énergiquement poursuivis, grâce aux ressources que nous allons bientôt pouvoir obtenir. Il restera à compléter cette œuvre d'assainissement sur de nouveaux terrains, de façon à ce que dans le délai le plus bref possible la Seine ne reçoive plus une seule goutte d'eau d'égout et que l'épuration avec utilisation agricole devienne la règle pour le traitement définitif des matières usées et des immondices reçues dans le réseau de nos canalisations souterraines.

« On paraît aujourd'hui, vous ne l'ignorez pas, vouloir remettre en question tout ce programme ; c'est reprendre par les mêmes arguments, et dans les mêmes milieux, une campagne qui a déjà échoué devant le Parlement. Ce n'est pas à vous qu'il y a lieu de démontrer les avantages hygiéniques de ce circuit sanitaire que le tout à l'égout et l'épandage permettent d'établir dans les meilleures conditions économiques ; c'est, en tout cas, singulièrement servir les populations riveraines des caps de la Seine que de vouloir leur enlever les ressources agricoles des eaux d'égout de Paris, déversées sur leurs champs perméables. Porter ces eaux jusqu'à la mer, à l'aide d'un canal, serait une entreprise difficilement réalisable dans la pratique et qui n'aboutirait qu'à rendre inhabitables les plages du littoral par le mélange, toujours si dangereux pour la santé publique, des eaux d'égout avec les eaux de mer.

« Comme on est fondé à prévoir que l'expérience, faite à Paris avec succès, aura, sur toutes les villes de France, une influence légitime, les promoteurs du tout à la mer ne tendent à rien moins qu'à dérober à notre agriculture, grevée de frais d'engrais énormes, le trésor inestimable des matières fertilisantes que l'assainissement bien entendu peut mettre en tant d'endroits à sa disposition, et à renchérir d'autant le prix des denrées alimentaires, et surtout des produits maraîchers.

« La solution qu'ils préconisent serait d'ailleurs très restreinte et applicable seulement aux villes du littoral. Aussi ce procédé barbare et spoliateur doit-il être proscrit.

« L'enlèvement des ordures ménagères et des immondices de la voie publique n'est heureusement plus en question. L'arrêté de 1883 a résolu le problème. D'abord accueilli par des récriminations passionnées, il est aujourd'hui considéré comme un bienfait. Les conventions récentes que mon Administration a passées avec les compagnies de chemins de fer vont assurer le transport et l'utilisation de ces matières jusque dans un rayon fort éloigné de la capitale.

« Sur tous ces points, Messieurs, il y a lieu de faire chaque jour l'éducation de nos concitoyens. Nous comptons, à ce sujet, sur l'autorité de vos délibérations pour éclairer complètement l'opinion publique.

« Elle se montre déjà de plus en plus disposée à user des moyens mis à sa disposition par l'Administration. Le nombre des désinfections d'objets d'habillement et de literie par les étuves municipales, annexées à nos refuges de nuit, s'est élevé de 200 à 1,233 de juin 1891 à juin 1892.

« La désinfection de tous les menus objets engagés au Mont-de-piété a été également bien accueillie, et les avantages considérables de cette mesure sanitaire ne sont pas douteux.

« Le Parlement est saisi de projets de loi qui doivent améliorer encore les conditions de l'hygiène, notamment en ce qui concerne les logements insalubres. Lorsque la loi sur la protection de la santé publique aura été promulguée, nous pourrons employer une procédure plus expéditive et plus efficace.

« Les particuliers se prêtent mieux chaque jour aux mesures que l'Administration leur prescrit ; le nombre des affaires amiables traitées par le service de l'Assainissement des habitations et par la Commission des logements insalubres ne cesse de s'accroître.

« Il reste pourtant beaucoup à faire. Les transformations opérées par les particuliers dans les maisons ne répondent pas à celles que la Ville a accomplies pour la voirie ; nous vous demandons d'user de toute votre influence et de multiplier les moyens de persuasion et d'instruction mutuelle pour arriver à faire cesser cette inégalité qui rendrait en partie stériles les sacrifices si généreusement consentis.

« Afin de réaliser les réformes que commande l'amélioration des conditions hygiéniques des habitations parisiennes et de donner à vos délibérations, aux résolutions du Conseil municipal et à nos travaux, une base méthodique et rationnelle, nous nous proposons de compléter le casier sanitaire que le service de l'Assainissement a établi depuis quelques années pour les immeubles de Paris en ce qui concerne l'évacuation des matières usées. Nous y joindrons tous les autres renseignements intéressant la salubrité de l'habitation ainsi que l'indication des décès survenus parmi les occu-

pants et des causes de ces décès. De telles enquêtes vous fourniront des documents peut-être encore imprévus et qui constitueront des indications de grande valeur pour l'administration chargée de combattre les causes d'insalubrité partout ou elles se produisent ou se maintiennent.

« En cherchant ainsi à prévenir les maladies par l'application des mesures qui dépendent de ses attributions, mon Administration, grace à vos conseils éclairés et à votre dévouement sur lequel elle sait pouvoir compter, s'efforcera de prendre une part active dans cette lutte plus que jamais nécessaire contre l'appauvrissement de la race et de la population. Ainsi nous obtiendrons graduellement, par la diminution des maladies et par l'accroissement de la force de résistance des individus, l'amélioration du bien-être général, la rareté plus grande des chômages, l'atténuation des charges de l'Assistance publique et l'accroissement du patrimoine national.

« Paris, une fois de plus, donnera l'exemple aux autres villes et démontrera à tous, par l'expérience, la puissance de la médication préventive par l'amélioration du milieu ambiant, par le traitement de l'atmosphère et des eaux, par l'extinction des germes transmissibles. Il n'est pas d'œuvre plus utile, plus démocratique, plus humanitaire. Elle sera digne des progrès de la science et des principes de notre République. » *(Applaudissements.)*

Les Concours d'agrégation de 1892.

A la suite des concours de cette année et par arrêté du Ministre de l'instruction publique, en date de vendredi dernier (1), sont institués agrégés près les Facultés de médecine ci-après désignées, pour une période de neuf ans à dater du 1er novembre 1892, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

I. — SECTION DE PATHOLOGIE ET MÉDECINE LÉGALE.

Faculté de Paris : MM. Charrin, Gaucher, Roger, Marfan, Ménétrier. — Faculté de Bordeaux : MM. Cassaet et Auché. — Faculté de Lille : M. Surmont. — Faculté de Lyon : MM. Courmont et Devic. — Faculté de Montpellier : MM. Ducamp et Rauzier. — Faculté de Nancy : M. Haushalter. — Faculté de Toulouse : M. Rémond.

II. — SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS.

1° *Chirurgie.*

Faculté de Paris : MM. Lejars, Delbet et Albarran. — Faculté de Lille : M. Carlier. — Faculté de Lyon : MM. Rochet, Rollet et Condamin. — Faculté de Montpellier : M. Lapeyre. — Faculté de Nancy : M. Février.

2° *Accouchements.*

Faculté de Paris : M. Varnier. — Faculté de Bordeaux : M. Chambrelent. — Faculté de Lille : M. Tracon. — Faculté de Lyon : M. Pollosson.

III. — SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES.

1° *Anatomie.*

Faculté de Paris : M. Sébileau. — Faculté de Bordeaux : M. Princeteau. — Faculté de Lille : MM. Curtis et Laguesse. — Faculté de Nancy : M. Prenant.

2° *Physiologie.*

Faculté de Lille : M. Bédard. — Faculté de Toulouse : M. Abelous.

3° *Histoire naturelle.*

Faculté de Paris : M. Heim. — Faculté de Lyon : M. Roux.

IV. — SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES.

1° *Physique.*

Faculté de Bordeaux : M. Sigalas. — Faculté de Lille : M. Castex.

2° *Chimie.*

Faculté de Lyon : M. Bayrac. — Faculté de Montpellier : M. Moitessier.

3° *Pharmacie.*

Faculté de Paris : M. André. — Faculté de Lyon : M. Deroide.

(1) Le soir même, M. le ministre de l'Instruction publique s'en allait *gaiement* en vacances (*Temps*, 6 août). Il paraît que c'est une habitude : les grandes décisions se prennent avant de partir en villégiature en Algérie ou en Champagne.

Le choléra en Russie et en Asie.

L'intensité de l'épidémie cholérique commence à diminuer insensiblement presque partout. M. le Dr Zakharine, qui a vu et étudié de près toutes les épidémies cholériques qui se sont produites en Russie depuis 1848, publie quelques remarques intéressantes sur celle qui sévit en ce moment. Le trait caractéristique de cette épidémie, c'est que le choléra, après avoir commencé par une période aiguë, prend graduellement des formes de plus en plus atténuées, indépendamment même des conditions de température et des mesures sanitaires. On peut prévoir dès maintenant que l'épidémie actuelle, loin d'atteindre les proportions des épidémies précédentes, se trouve sur le point de finir. En effet, la marche de la maladie est très lente et ses effets s'affaiblissent à mesure qu'elle s'éloigne de son foyer primitif.

I. *Marche du choléra.*

Un individu arrivé par le chemin de fer à Saint-Pétersbourg y est mort du choléra à l'hôpital. Aucun nouveau cas ne s'est produit depuis lors. — Le gouverneur général a annoncé officiellement le 6 août l'apparition du choléra à Moscou. Il a invité la population à rester calme, à se soumettre aux mesures prises par les autorités. Les infractions à ces mesures seront rigoureusement punies. Ces dispositions ont causé une excellente impression. Les nouvelles officielles reçues de Moscou portent qu'il y a eu dans cette ville, du 1er au 4 août inclus, 24 cas de choléra, dont 10 décès; le 5 août, 9 cas, 4 décès; le 6 août, 20 cas, 7 décès. Dans le gouvernement de Moscou on signale un seul cas de mort. Pour la journée du 8 août, on a compté à Moscou 16 cas de choléra et 10 décès.

Comme il fallait s'y attendre, les journaux anglais et allemands publient des nouvelles alarmantes au sujet du choléra à Nijni-Novgorod. Pourtant, jusqu'ici, d'après les indications fournies par le Dr Anrep lui-même, la maladie présente un caractère bénin; le nombre des cas de choléra diminue plutôt qu'il n'augmente (25 décès le 6 août); la température est bonne.

La foire de Nijni ne présente aucune animation; mais la population se calme et les marchands commencent à se préoccuper sérieusement de leurs affaires.

Le général Baranov a beaucoup contribué à l'apaisement des esprits : il visite chaque jour lui-même les hôpitaux et le lazaret du Volga, et vient de céder ses propres appartements pour qu'on y place les malheureux atteints par l'épidémie. Pour parer à toutes les éventualités possibles et assurer le bon fonctionnement des services médicaux, le docteur Anrep vient de décider l'installation d'un nouveau lazaret flottant.

Dans le gouvernement d'Yékaterinoslaw 55 cas, 16 décès ; pour la journée du 7 à Taganrog 34 cas, 13 décès. Le choléra a fait son apparition à Rybinsk (gouvernement d'Iaroslaw), où 2 décès ont été constatés le 6 août. Dans les villes de Wiatka, Yékaterinoslaw, Koursk, Kasan, Perm, Riazan, Iaroslaw, ainsi que dans les gouvernements où se trouvent ces villes, l'épidémie ne présente pas un caractère inquiétant. La maladie sévit encore avec violence dans le territoire du Don, à Saratov et à Samara.

On vient d'annoncer officiellement l'apparition du choléra dans le gouvernement de Kostroma, où, le 1er août, il y a eu 7 cas et 3 décès, 7 à Iekaterinodar, dans le Kouban, où, le 4 août, il s'est produit 22 cas et 14 décès.

Dans le territoire tout entier du Kouban, le nombre des cas s'élève à 430, celui des décès à 184.

Trois cas de choléra se sont déclarés à Pérevoz, il y a eu deux décès. On a constaté à Iaroslaw 7 cas de choléra dont 2 suivis de décès et dans le gouvernement de Tambov 131 cas et 39 décès.

D'après le *Bulletin Officiel*, on constate que le choléra est en complète décroissance à Bakou et à Astrakan, et en général dans les grandes villes qui ont été signalées comme des foyers de propagation; en revanche il atteint un grand nombre de villages dans les gouvernements de Kharkov, Simbirsk, Samara, Kazan et principalement dans le Donets.

Le choléra a fait son apparition à Platana, près Trébizonde. En conséquence, une quarantaine de dix jours a été imposée à tous les vaisseaux arrivant des ports de la mer Noire situés entre le point frontière russe et Ordou inclusivement.

Le choléra diminue à Meshed, où on ne compte plus que deux ou trois décès par jour. L'épidémie prend plus d'intensité vers l'Ouest, à Mezinan, Abbasabad, Dimgan et vers le Nord, où Budjund est signalé comme le principal foyer de la maladie. Le gouverneur de Koutchan a montré beaucoup d'énergie et d'initiative dans l'application des mesures sanitaires : aucun voyageur ne peut pénétrer dans cette province sans avoir subi une quarantaine à la frontière.

Le choléra a éclaté à Téhéran jeudi 4 août. Il y a eu ce jour-là 14 décès et le lendemain 25.

II. *Mesures prises en Europe.*

Russie. — Le directeur du département des affaires médicales au ministère de l'intérieur invite les sujets russes des deux sexes, qui ont fait leurs études médicales dans les Universités étrangères, à se mettre à la disposition de l'administration pour le traitement des malades atteints du choléra. Le département de médecine vient de faire distribuer à un grand nombre d'instituteurs des écoles primaires et aux prêtres des provinces de Saint-Pétersbourg et de Moscou la brochure sur les mesures préventives contre le choléra publiée par la commission sanitaire de Saint-Pétersbourg. On pense que cette mesure sera généralisée.

On vient de faire installer un réfectoire populaire sur la ligne de Vladicaucase à Rostov, à la station de Bataisk, où les ouvriers retournant dans les provinces par la voie ferrée subissent une quarantaine. Des réfectoires semblables vont être ouverts sur plusieurs points. L'eau bouillie est distribuée gratuitement dans toute la foire à Nijni; mais les ouvriers font des difficultés pour la boire.

Le Ministre de l'instruction publique a prescrit que tous les établissements scolaires de sa juridiction fussent immédiatement soumis à des inspections et mesures sanitaires.

Les fauteurs des désordres récemment survenus à Saratov et dans d'autres localités du Volga seront traduits devant une cour martiale.

Les médecins de Kazan viennent de protester contre la décision du saint-synode qui a ordonné des processions et des pèlerinages dans différentes villes pendant toute la durée de l'épidémie.

Allemagne. — La *Gazette de Dantzig* annonce que le président du gouvernement a publié aujourd'hui une ordonnance interdisant aux navires provenant des ports russes de la Baltique, de la mer Noire et du golfe Persique d'entrer dans l'embouchure de la Vistule et dans le port de Dantzig.

Autriche. — On annonce de Vienne que les communications directes avec Constantinople sont suspendues à cause du choléra. A Odessa, on vient d'apprendre que la Compagnie autrichienne de navigation du Danube a suspendu les services de Galats et d'Odessa à la suite des mesures de quarantaine ordonnées par la Roumanie. Sur l'ordre du ministre de l'intérieur, le chemin de fer du Nord de l'Autriche a suspendu le passage sur le réseau autrichien des wagons venant de Russie; les wagons-lits autrichiens de la ligne Vienne-Varsovie ne pourront circuler que jusqu'à la frontière russe. Une circulaire de l'Administration des chemins de fer de l'Etat a prescrit toute une série de mesures sanitaires à l'égard des voyageurs venant de Russie; entre autres, ces passagers devront être complètement isolés et transportés dans des wagons spéciaux qu'ils ne pourront quitter pendant le trajet et dans lesquels d'autres voyageurs ne pourront monter.

En Autriche, le Ministre de la guerre vient de dispenser des exercices et des appels de contrôle tous les hommes résidant en Russie, qui auraient été régulièrement tenus de se présenter à l'autorité militaire.

La *Gazette de Vienne* a publié un arrêté ministériel interdisant l'entrée et le transit des fruits, des légumes, du caviar, du poisson, etc., venant de Russie.

Turquie d'Europe. — En présence de l'épidémie cholérique qui sévit dans la mer Noire, le sultan a décidé de poursuivre l'assainissement de Constantinople. Les études préliminaires ont été confiées à M. Berthier, ingénieur français, créateur des réservoirs d'eau douce et chef de la cartoucherie impériale. Le devis s'élève à 6,000 livres turques. Des négociations diplomatiques ont été engagées pour créer les ressources nécessaires. La Porte demande aux ambassades de consentir à certaines taxes dont le produit est destiné aux travaux sanitaires. Cinq médecins sont partis pour le lazaret de Trébizonde.

Roumanie. — Un télégramme officiel du gouvernement roumain à son représentant à Paris dément toute nouvelle fâcheuse sur la situation sanitaire de la Roumanie. Il n'y a absolument aucun cas de choléra dans toute la Roumanie. Le gouvernement roumain n'a pas attendu que le choléra arrivât dans la région de la mer Noire pour prendre toutes les mesures nécessaires pour arrêter le fléau s'il se présentait. Toute la frontière du côté de la Russie est pourvue d'un cordon sanitaire, et on ne peut entrer en Roumanie que par Unghevy, après quarantaine.

Espagne. — L'installation des étuves de désinfection est terminée à Irun, et ces étuves sont prêtes à fonctionner, le cas échéant. Le ministre de l'intérieur a donné l'ordre d'organiser un service analogue sur la frontière de Gibraltar. Le service d'inspection sanitaire des voyageurs vient d'être installé, avec étuve à désinfection, à la gare internationale de Port-Bou, frontière d'Espagne. Le service fonctionne depuis lundi dernier. Les formalités seront les suivantes : à leur arrivée à Port-Bou les voyageurs seront examinés par un médecin; on prendra ensuite leur noms, prénoms, qualités et destination, puis on préviendra télégraphiquement les maires des localités où ils se rendent, afin qu'ils soient visités pendant les premiers jours de leur arrivée. Le linge sale qui sera trouvé dans les malles sera immédiatement passé à l'étuve. Un lazaret est installé à 500 mètres du village de Port-Bou.

Inauguration de l'asile Ledru-Rollin.

Jeudi dernier, a eu lieu, à Fontenay-aux-Roses, l'inauguration du bel asile pour les femmes relevant de couches, installé dans la magnifique propriété de Ledru-Rollin, par le Conseil général de la Seine.

En léguant toute sa fortune à la ville de Paris, madame Ledru-Rollin a prescrit à sa légataire d'en employer le montant net à la création d'une école dans le XI[e] arrondissement. La testatrice n'avait pas prévu l'affectation de sa propriété de Fontenay-aux-Roses à l'asile qui vient d'être inauguré. C'est M. Strauss, conseiller municipal, qui, d'accord avec l'administration et les exécuteurs testamentaires (entre autres M. Maillard, ancien secrétaire de Ledru-Rollin et ancien président du Conseil municipal), a obtenu que la maison dont il s'agit fût affectée à la création de l'asile.

A cet effet, le Conseil vota, le 24 mai 1890, un crédit de 250,000 francs pour la construction du premier quart des bâtiments projetés (la dépense totale étant évaluée un million et l'établissement devant plus tard contenir 200 lits).

D'autre part, il y aura lieu de rembourser à la succession, c'est-à-dire au service de l'enseignement primaire, la somme de 800,000 fr., à laquelle a été fixée, à dire d'experts, la valeur estimative de la propriété de Fontenay.

Les dépenses d'aménagement intérieur, comprenant le mobilier, la literie, le linge, les vêtements, destinés aux pensionnaires, etc., s'élèvent à environ 35,000 fr. Enfin, il a été inscrit au budget communal de 1892 un crédit provisionnel de 42,000 fr., dont 10,600 fr. pour le personnel et de 31,400 fr. pour le fonctionnement et l'alimentation.

L'asile est situé rue de Bagneux. On y accède par une porte cochère donnant accès dans une cour, à droite et à gauche de laquelle se trouvent deux petits corps de bâtiment à un étage. Celui de gauche est affecté au logement du concierge; une ancienne écurie, située au bout, sert de réserve. Le pavillon de droite, également d'un étage, est destiné à l'infirmerie.

En face la grille, au fond de la cour, est l'ancien bâtiment d'habitation à deux étages avec combles. Au rez-de-chaussée se trouve un grand vestibule, à droite duquel est un couloir, le long duquel est le cabinet de la directrice. Ce couloir conduit à un vaste salon où se réuniront les Commissions. A gauche du vestibule d'entrée est la cuisine, assez vaste, avec ses dépendances. Du vestibule part un escalier conduisant au premier étage, occupé par la directrice, par l'économe et la surveillante en chef. Au second, se trouvent des chambres d'employés, et à l'extrémité droite, le cabinet de Ledru-Rollin, laissé intact depuis sa mort. Rien de bien luxueux dans ce cabinet. Le bureau de milieu est resté à sa place avec ses écritoires, ses plumes, ses crayons et tous les accessoires, tels qu'ils étaient à la mort du célèbre tribun. On y remarque trois poignards! Sur des bibliothèques basses sont dispersés des notes, des journaux, des boîtes de pistolets et quelques bibelots. Enfin, on remarque le buste de Ledru-Rollin en marbre, et le moulage en plâtre de sa tête, fait après sa mort.

En redescendant dans le vestibule, une porte donne accès à un splendide jardin, dessiné avec goût et orné de fleurs éclatantes. Deux superbes cèdres, plantés par le savant Camus, grand-père de Ledru-Rollin, le jour de la mort de Robespierre, étalent largement leurs gigantesques ramures au-dessus d'un massif de gazon, où viendront sous leur ombre se reposer et se fortifier, pendant un temps, hélas! trop court, les malheureuses hospitalisées par la Ville de Paris. Ce magnifique jardin s'étend à perte de vue et l'on est saisi d'un véritable sentiment d'admiration en contemplant avec quel soin jaloux notre Conseil municipal s'applique à donner à ceux qu'il assiste le confortable et le bien-être.

En arrière du batiment principal, sur la gauche, s'élève un pavillon de deux étages avec galerie extérieure au rez-de-chaussée et au premier. A droite et à gauche, au rez-de-chaussée comme au premier, sont des dortoirs vastes, spacieux

et très élevés de plafond. Chacun de ces dortoirs comprend 12 lits et 12 berceaux. Les lits sont à sommier de fer avec matelas. Chaque femme a à sa disposition une table de nuit en fer démontable des 4 côtés, pour faciliter le nettoyage. Les berceaux sont en fer avec paillasses en paille d'avoine. A l'entrée se trouve une chambre d'infirmière et en face un monte-charge et chambre de débarras.

A l'autre extrémité se trouvent deux salles de nettoyage avec baignoires pour les enfants (6 dans chacune); au milieu de ces deux pièces, une salle de rechange avec chauffe-linge. Dans les pièces pour le bain des enfants on a construit une cheminée destinée à être allumée les jours où les calorifères ne fonctionneraient pas, dans les fraîches matinées par exemple. Les cabinets d'aisances sont bien installées avec chasses d'eau. Quant aux chambres des infirmières et des surveillantes, elles sont trop exiguës. Au deuxième, se trouve la lingerie. Il nous semble qu'on aurait pu supprimer les portes avec grilles de bois distribuées à profusion à chaque rangée de casiers. Ces portes doivent être une gêne pour le service. A part ces détails de peu d'importance, l'asile est fort bien installé et fait grand honneur à son distingué architecte M. Bouvard, à M. Menant, directeur des affaires municipales, qui a suivi les travaux et procédé à l'installation, ainsi qu'à M. Strauss et à la Commission. Tous nos compliments aussi à M. Jouin, sous-chef de bureau à la Préfecture de la Seine, délégué par M. Menant pour le seconder.

A l'extrémité du pavillon des dortoirs on a construit un élégant préau couvert destiné à abriter les pensionnaires pendant les jours de pluie ou de froid. Notons encore le service des bains situé dans le premier bâtiment et comprenant 4 baignoires et un appareil à douche.

Le personnel se compose d'une directrice, Mlle Lanne, qui avec la plus gracieuse obligeance nous a conduits dans toutes les salles de ce bel établissement. Elle a sous sa direction une économe, 1 surveillante, 1 infirmière, 1 jardinier, 1 cuisinière et 1 fille de service. Le chauffage se fait à l'aide de calorifères. Les salles sont éclairées au gaz.

A l'inauguration de cette maison qui jadis appartint à Scarron et à Mme de Maintenon, on remarquait M. Menant, directeur des affaires municipales; M. Strauss, conseiller municipal et un grand nombre de notabilités. Après de très intéressants discours, les invités se sont séparés entièrement satisfaits du nouvel établissement qui sera prochainement agrandi.

Albin ROUSSELET.

Distinctions honorifiques.

Sont nommés Officiers de l'Instruction publique : MM. Arloing, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Chauvin, professeur de physique à la Faculté des sciences de Toulouse; Chaudron, secrétaire des Facultés des sciences et des lettres de Bordeaux; Clément, dessinateur au Muséum d'histoire naturelle; Duport, professeur à la Faculté des sciences de Dijon; Debrie, professeur d'anatomie à l'école nationale des arts décoratifs; Fabre, pharmacien à Villefranche-de-Rouergue; Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Grave, pharmacien à Mantes; Lajoux, professeur à l'école de médecine de Reims; Lieutaud, professeur à l'école de médecine d'Angers; Maquenne, assistant au Muséum d'histoire naturelle; Manichon, médecin à Oulchy-le-Chateau; Marquez, médecin en chef de l'hôpital d'Hyères; Rambaud, pharmacien à Poitiers; Ramolini, secrétaire adjoint de la commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine.

Sont nommés Officiers d'Académie : MM. Arnaud, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille; Brousse, chargé de cours à la Faculté de medecine de Montpellier; Belus, pharmacien en chef des hopitaux de Béziers; Boyron, médecin à Deville (Ardennes); Bury, médecin à Distré (Maine-et-Loire); Couturet, médecin du lycée de Roanne; David, pharmacien-major à Marseille; Dromain, medecin à Paris; Durand, médecin à Brassac; Camus, pharmacien à Paris; Cazes, médecin à Aspect (Haute-Garonne); Chalaux, pharmacien à Seilhac (Corrèze); Dangeard, maître de conférences à la Faculté des sciences de Poitiers; Debray, chargé de cours à l'école des sciences d'Alger; Denigès, agrégé près la Faculte de médecine de Bordeaux; le Dr Picaud (André), maire de Nontron (Dordogne), président de la délégation cantonale; Florence, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon; Fanton, médecin à Marseille; Fréhault, pharmacien à Chatillon-en-Bazois (Nièvre); Garnier, médecin en chef de l'asile départemental d'aliénés à Dijon; Gascard, pharmacien, à Bois-Guillaume (Seine-Inférieure); Gauckler, chargé de mission scientifique, ancien élève de l'Ecole normale supérieure; Gey, médecin à Méru (Oise); Guillon, médecin à Hayron (Vienne); Guyot, chimiste à Levallois-Perret; Hérail, professeur à l'Ecole de médecine d'Ager; Hugounencq, professeur à la Faculté mixte de medecine et de pharmacie de Lyon; Julien, professeur libre d'anatomie à Paris; MM. les Drs A. V. Olivier (de Paris); Piéchaud (de Paris); Sène (de Montpellier); Sicard (de Lyon); Gazetta (de Lérignan); Phocas (de Lille); Limouzin-Lamotte (Mennant); Mordagne (Tourny); Patay (Orléans), Regnault (Brinon), Segay (Milianah), Terson (Puy-Laurens), Vals (Baixas), Villard (Verdun), F. Regnault (Paris), Longuet, médecin militaire; Lepage, chef des travaux pratiques de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille; Looten, ancien chargé de cours à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille; Linot, commis au secrétariat du Muséum d'histoire naturelle; Larmande, médecin à Montélimar. (*A suivre*).

Manœuvres du Service de santé militaire.

Les manœuvres du corps de santé ont continué, cette semaine, à la Valbonne. Des exercices pour l'établissement d'ambulances volantes suivant les évolutions d'une ligne de bataille ont eu lieu. L'ennemi étant supposé sur un point, la bataille s'engage; les voitures d'ambulance sont attaquées et se replient en toute hâte, allant déposer les blessés à l'hôpital divisionnaire, installé dans deux grandes brasseries de la Valbonne. Les wagons devant recevoir les blessés avaient été mis en état à Montluel. — Une grande bataille de nuit a eu lieu. L'alerte a été donnée à huit heures. A quatre kilomètres de la Valbonne, l'action s'engage, et, à neuf heures et demie, toutes les troupes sont aux prises. A dix heures moins un quart, les clairons sonnent la charge. Les brancardiers se pressent au secours des blessés qui sont ramenés au poste de secours où se tiennent les médecins. Tout était terminé à onze heures le lendemain.

Les manœuvres qu'exécute en ce moment le Service de Santé dans divers corps d'armée méritent vraiment d'être suivies. Voici quelques détails complémentaires, intéressants, sur le fonctionnement de ce service :

a) Le service de santé en campagne se divise en *service de l'avant* et en *service de l'arrière*. Le *service de l'avant* comprend trois échelons : le *service régimentaire*, les *ambulances* et les *hopitaux de campagne*. Lorsqu'une troupe combat, le médecin-chef du régiment organise, à proximité des fractions engagées, des « *postes de secours* » desservis par les médecins et les infirmiers du corps, et il relie ces postes à la ligne des combattants au moyen des *brancardiers*. Chaque compagnie a un infirmier et quatre brancardiers. Tous les blessés sont visités et pansés au poste de secours, puis dirigés sur l'ambulance. Là, on procède à un nouvel examen des blessures, on pratique les opérations d'une urgence absolue. Puis les blessés qui peuvent marcher ou qui peuvent être transportés par voitures sont évacués; les autres sont transportés à l'hôpital de campagne, installé à proximité de l'ambulance, dans une localité.

b) Les *formations sanitaires de l'arrière* constituent deux groupes destinés, le premier, à l'*hospitalisation sur place*; le second, à l'*évacuation*. Le premier groupe comprend les « hôpitaux de campagne immobilisés temporairement » pour soigner les malades et les blessés qui doivent être traités sur place, les « hôpitaux permanents » des territoires occupés et les « hôpitaux auxiliaires » créés par les Sociétés de secours aux blessés. Le second groupe comporte les « hôpitaux d'évacuation », où les hommes désignés pour être dirigés sur l'intérieur sont soignés jusqu'au moment de leur mise en route; les « infirmeries de gare » et de « gîtes d'étape », qui fournissent la nourriture et les médicaments aux blessés et malades de passage et recueillent au besoin ceux qui ne peuvent pas continuer leur route; les « transports d'évacuation » (trains sur les voies ferrées, convois sur les voies de terre ou sur les voies d'eau), qui amènent à l'intérieur du pays les malades et les blessés.

Science allemande et Science française.

M. Théodore Fontane est un journaliste allemand de grand sens qui a été prisonnier de guerre en 1870 dans diverses contrées de la France. Il vient de publier le récit de ses heures de captivité. Nous en extrayons le passage suivant qui a trait à la visite qu'un médecin, qui incarnait un type assez commun de chauvinisme scientifique, lui fit à Guéret (Creuse) :

« Je vis le médecin, un homme d'une soixantaine d'années, au regard sérieux, avec un chapeau de docteur et une canne de docteur. Il avait entendu dire, ainsi entra-t-il en conversation, que j'étais de Berlin, et il venait me demander si je ne connaissais pas le célèbre professeur « Wirscho ». La question me surprit un peu, mais je devinai presque tout de suite qu'il voulait parler de Wirchow, et je me remis alors aussitôt. Ce médecin avait la parole très animée, et il s'exprimait dans les termes les plus bienveillants sur les Allemands, dont il reconnaissait la haute valeur pour tout ce qui concernait la médecine. A recevoir tant d'éloges, je crus de mon devoir de dire à mon tour quelques mots flatteurs, et je fis remarquer qu'à mon sens l'école de Paris n'avait pas moins de valeur que l'école allemande. Cette observation ne parut d'ailleurs faire aucune impression sur mon interlocuteur, et j'aurais même cru qu'il n'avait pas compris mes paroles, s'il n'avait justement commencé la première phrase qu'il me dit ensuite par ces mots négligemment prononcés :

« — Naturellement, l'Ecole de Paris c'est la première du monde.

« C'est une des réponses les plus typiques que j'aie entendues, mettant en lumière le tempérament français. »

Peut-être ce confrère vit-il encore? Nous insérerions avec plaisir sa réponse. Quoi qu'il en soit, ce passage nous a paru digne d'être publié dans un journal de médecine. M. B.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des étudiants reçus Docteurs en médecine pendant le mois de juillet. (Année scolaire 1891-1892).

56. M. Chassagne. Sur les souffles inorganiques anémiques et extracardiaques. — 57. M. Fromaget. Contribution à l'étude de l'histologie de la rétine. — 58. M. Gérard. Des hémorragies intra-utérines de la délivrance chez les femmes albuminuriques. — 59. M. Bégouin. Contribution à l'étude de l'hystéropexie abdominale. — 60. M. Constantin. Contribution à l'étude de la pneumotomie dans les abcès du poumon. — 61. M. Augis. Des autoplasties réparatrices de la main. — 62. M. Dutour. Du traitement électrique de l'occlusion intestinale. — 63. M. Labrit. Du traitement du Coryza chronique atrophique par les pulvérisations au nitrate d'argent. — 64. M. Hédon. Contribution à l'étude du Catarrhe naso-pharyngien chronique (angine dite de Tornwald) et de son traitement. — 65. M. Morin. Mécanisme du système nerveux. — Structure anatomique et nature des individualités du système nerveux (anses réflexes physio-psychiques). — 66. M. Dubuc. Des douleurs fulgurantes tabétiques. — 67. M. Fourcaud. Stérilisation et conservation aseptique des instruments en gomme élastique et en caoutchouc vulcanisé. — 68. M. Carpentier. Sur le traitement chirurgical de l'hypospadias périnéo-scrotal. — 69. M. Estradère. De l'influence du traumatisme sur l'éclosion des tuberculoses locales primitives. — 70. M. Servières. De l'herpès génital chez la femme. — 71. M. Le Taro. De la polyopie monoculaire. — 72. M. Bonneau. Contribution à l'étude du psoriasis et de son traitement. — 73. M. Parin. Etude historique et critique de l'inoculation variolique au point de vue de ses qualités préservatrices. — 74. M. Etournaud. Sur un cas de pouls lent permanent avec crises syncopales et attaques épileptiformes.

L'Assainissement de Toulon.

Au lendemain des épidémies de choléra de 1884 et 1885, l'Etat, qui avait déjà versé 400,000 francs à l'heure du danger, accordait une subvention de 20,000 francs aux fins d'études d'un assainissement de Toulon, basé sur les derniers progrès de la science de l'hygiène publique. M. Dyrion, ingénieur des ponts et chaussées de l'arrondissement de Toulon, fut chargé de ces études, mais malheureusement, comme toujours, le travail qu'il produisit est resté dans les cartons. Les municipalités, qui se sont succédé depuis 1885, n'avaient pas avancé la solution du problème. Mais aujourd'hui la question de l'assainissement de Toulon revient à l'ordre du jour, et à peine nommé maire, M. le Dr Sambuc, ancien professeur de chimie aux écoles navales, s'est mis résolument à l'œuvre et, afin de soustraire l'assainissement de Toulon à toute critique locale, il a fait appel aux lumières d'un spécialiste, M. Bechmann. Cet ingénieur doit se rendre prochainement à Toulon, cette ville qui « repose sur un terrain fécalien ». M. Bechmann, auquel on adjoindra une commission technique composée d'ingénieurs et de conseillers municipaux, arrêtera les bases de l'assainissement rationnel de Toulon.

Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique de Bruxelles.

(Septembre 1892).

Le premier Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique se réunira à Bruxelles sous la présidence du professeur Hufferath.

Ce Congrès, dont les présidents d'honneur sont pour la France MM. Budin, Demons, Fochier, Gaulard, Grynfelt, Herrgott, Laroyenne, Lefour, Péan, Tarnier, s'annonce comme un grand succès, car il y a déjà plus de 200 adhésions. Ci-joint le programme détaillé des actes du Congrès :

Mardi 13 septembre, 9 heures du soir. Raout. Concert offert à MM. les membres du Congrès par la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique à l'Université de Bruxelles.

Mercredi 14 septembre, 2 heures du soir. — Séance d'ouverture du Congrès. Ouverture de l'Exposition. Cette exposition comprend : 1° l'exposition internationale d'instruments et appareils se rapportant à la gynécologie et à l'obstétrique, au Palais des Académies ; 2° une exposition particulière comprenant les collections d'instruments, pièces anatomiques, etc., des Universités belges, à la Maternité de Bruxelles. A 7 heures du soir. Fête.

Jeudi 15 septembre, 8 heures du matin. — Visite des hôpitaux. Expositions. — 10 heures du matin. Séance du Congrès. Communications diverses. — 2 heures du soir. Séance du Congrès. Discussion de la 1re question à l'ordre du jour. Des suppurations pelviennes. — 9 heures du soir. Réception des membres du Congrès par M. le Ministre des travaux publics en son hôtel ministériel.

Vendredi 16 septembre, 8 heures du matin. Visite des hôpitaux. Expositions. — 10 heures du matin. Séance du Congrès. Complications diverses. — 2 heures du soir. Séance du Congrès. Discussion de la 2e question à l'ordre du jour. Des grossesses extra-utérines — 7 heures du soir. Représentation de gala à l'Opéra.

Samedi 17 septembre, 8 heures du matin. Visite des hôpitaux. Expositions — 10 heures du matin. Séance du Congrès. Discussion de la 3e question à l'ordre du jour. Du placenta prævia. — 4 heures du soir. Séance de clôture. — 7 heures du soir. Banquet offert aux membres du Congrès par la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique.

Dimanche 18 septembre. Excursions diverses.

Les communications et démonstrations doivent autant que possible être annoncées avant le 1er août 1892. Pour tous les renseignements s'adresser à M. le Dr Auvard, secrétaire spécial pour la France, 58, rue de la Boëtie, Paris, ou au secrétariat général à Bruxelles.

Commission de l'Assainissement et de la salubrité de l'Habitation.

Nominations.

Le préfet de la Seine, vu la loi du 13 avril 1850, ensemble les décrets des 26 mars 1852 et 10 octobre 1859 ; — Vu les délibérations du Conseil municipal de Paris en date des 20 et 22 juillet 1892 ; — Vu le rapport du directeur des affaires municipales, — Arrête :

Article premier. — Il est créé à la préfecture de la Seine une Commission d'assainissement et de salubrité de l'habitation.

Art. 2. — Sont nommés membres de la Commission d'assainissement et de salubrité de l'habitation :

MM. le préfet de la Seine, président ; le secrétaire général de la préfecture ; Sauton, président du Conseil municipal ; le Dr Brousse, conseiller municipal ; le Dr Levraud, conseiller municipal, président de la Commission sanitaire ; Arsène Lopin, conseiller municipal, président de la 6e Commission ; le Dr Navarre, conseiller municipal ; Rousselle, conseiller municipal, président de la 3e Commission ; Paul Strauss, conseiller municipal, président de la 5e Commission ; Vaillant, conseiller municipal ; le Dr Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, président du Comité consultatif d'hygiène de France ; le Dr Charrin, médecin des hôpitaux, membre du Comité consultatif d'hygiène de France, professeur de pathologie ; le Dr Léon Colin, président du Conseil supérieur de santé de l'armée ; le Dr Cornil, sénateur, professeur à la Faculté de médecine ; le Dr Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux, membre du conseil d'hygiène ; le Dr Proust, professeur à la Faculté de médecine, inspecteur général des services sanitaires ; le Dr Roux, chef de service à l'institut Pasteur ; le Dr Armand Gautier, membre de l'Institut, professeur de chimie ; Adolphe Carnot, ingénieur en chef des Mines, membre de la Commission d'assai-

nissement des cimetières; le Dr Bourneville, membre du comité consultatif d'hygiène publique de France; le directeur des affaires municipales; l'inspecteur général du service de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation; le directeur de l'Assistance publique de Paris; le directeur administratif de la Voirie et des Travaux d'ingénieurs; l'inspecteur général des Ponts et chaussées, chargé du service des Eaux; l'ingénieur en chef chargé du service des Egouts; l'ingénieur en chef de la Voie publique; le directeur de l'Enseignement primaire à la préfecture de la Seine; le directeur des affaires départementales; l'architecte en chef du Département; l'ingénieur en chef du Département; l'inspecteur général des services techniques d'Architecture de la ville de Paris; le chef du Cabinet du préfet de la Seine; le médecin en chef de la préfecture de la Seine; le chef du service de la Statistique municipale; le Dr du Mesnil, membre de la Commission des logements insalubres; Hudelo, membre de Commission des logements insalubres; Miquel et Lévy, représentants de l'observatoire municipal de Montsouris; les Drs Renault et Josias, médecins inspecteurs chargés de la vérification des décès, des constatations concernant les incinérations et les embaumements, médecin des hôpitaux; le Dr Mangenot, médecin inspecteur des écoles: Jourdan, chef du bureau des logements insalubres, 1er secrétaire; Masson, conducteur principal des Ponts et chaussées, inspecteur de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation, 2e secrétaire; le chef du bureau central et le secrétaire du directeur des affaires municipales, secrétaires adjoints.

Art. 3. — La Commission nommera deux vice-présidents.

Art. 4. — Une section permanente sera constituée à laquelle seront soumises les affaires urgentes ou celles qui, à raison de leur peu d'importance, ne pourraient être utilement présentées à la Commission.

Fait à Paris, le 29 juillet 1892. POUBELLE.

Enseignement médical libre.

Cours de Bactériologie. — M. le Dr LATTEUX, ancien chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, a recommencé son cours de bactériologie, avec manipulations pratiques, le 1er août, à 2 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les recherches exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 17, rue du Louvre, de 1 heure à 2 heures.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 31 juillet 1892 au samedi 6 août 1892, les naissances ont été au nombre de 1062 se décomposant ainsi: *Sexe masculin:* légitimes, 426; illégitimes, 142. Total, 568 — *Sexe féminin:* légitimes, 365; illégitimes, 129. Total, 494.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891: 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 31 juillet 1892 au samedi 6 août 1892, les décès ont été au nombre de 866 savoir: 444 hommes et 442 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde: M. 9, F. 4, T. 13. — Variole: M. 0, F. 2, T. 2.— Rougeole: M. 12, F. 10, T. 22.— Scarlatine: M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche: M. 3, F. 5, T. 8 —Diphtérie, Croup: M. 5, F. 16, T. 21. — Grippe: M. 0, F. 0, T. 0 — Phtisie pulmonaire: M. 99, F. 62, T. 161. — Autres tuberculoses: M. 12, F. 9, T. 21 — Tumeurs bénignes: M. 1, F. 5, T. 6 — Tumeurs malignes: M. 14, F. 33, T. 47. — Méningite simple: M. 11, F. 12, T. 23 — Congestion et hémorrhagie cérébrale: M. 17, F. 16, T. 33. — Paralysie, M. 5, F. 0, T. 5 — Ramollissement cérébral: M. 2, F. 4, T. 6. — Maladies organiques du cœur: M. 20, F. 21, T. 41. — Bronchite aiguë: M. 5, F. 7, T. 12. — Bronchite chronique. M. 9, F. 5, T. 14. — Broncho-Pneumonie: M. 6, F. 10, T. 16, — Pneumonie: M. 19, F. 16, T. 35 — Gastro-entérite, biberon: M. 56, F. 67, T. 123.—Gastro-entérite, sein: M 4, F. 10, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans: M. 9, F. 8, T. 17.— Fièvre et péritonite puerpérales: M. 0, F. 5, T. 5 — Autres affections puerpérales: M. 0, F. 5, T. 5 — Débilité congénitale: M. 9, F. 8, T. 17. —Sénilité: M. 5, F. 14, T. 19. — Suicides: M. 10, F. 6, T. 16. — Autres morts violentes: M 17, F. 3, T. 20 —Autres causes de mort: M. 80, F. 55, T. 135. — Causes restées inconnues: M. 4, F. 2, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 63, qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin:* légitimes, 26, illégitimes, 12. Total: 38. — *Sexe féminin:* légitimes, 16, illégitimes, 9. Total: 25.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. MORELLE, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de matière médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, à partir du 1er novembre 1892.— M. DOUMER, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER — La chaire de chimie médicale de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

HÔPITAUX DE PARIS. — M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, vient d'enjoindre, par une circulaire en date d'hier, aux directeurs des hôpitaux parisiens, d'évacuer sur les bastions 36 et 32 tous les malades atteints d'affections contagieuses.

Concours de l'Internat en pharmacie. — Le concours pour l'internat en pharmacie des hôpitaux s'est terminé le 28 juin par la nomination de quarante-deux internes titulaires. Voici la liste des nouveaux internes: MM. Bardiaux, Beauvais, Blaise, Blanchin, Bruneau, Brisemoret. Berthon, Cartier, Couturieux, Christophle, Chevallier, Delignière, Delépine, Dufau, Dutar, Dupeyroux, Fauvel, Fosse, Garnier, Gouvernaire, Gillet, Grandvilliers, Jollivet, Laboulaye, Lefroit, Legrand, Laurent, Lutz, Marcotte, Mignard, Onfroy, Raffinat, Ricossé, Pouzin, Robin, Regnier, Ronsin, Savoir, Vallet, Vrain, Weiss.

COLONNES SANITAIRES EN ALLEMAGNE. — Récemment a eu lieu, à Strasbourg, l'*Exposition du matériel de la colonne sanitaire* formée par la Société des anciens militaires (*Kriegerverein*). Ces Associations, où entrent, après le service actif, presque tous ceux qui sortent de l'armée, s'étendent par toute l'Allemagne et ont une existence quasi-officielle. Elles ont formé, dans tous les principaux centres de l'empire et même dans les localités secondaires, des groupes spéciaux dont le but est de créer des infirmiers et des hommes spécialement destinés au service des ambulances en cas de guerre. Des cours leur sont donnés, à la fin desquels un diplôme est décerné aux plus méritants qui, pour peu qu'ils aient trente-huit ans révolus, sont désignés pour faire partie, en campagne, du corps de santé. La colonne sanitaire de Strasbourg possède déjà, de même que plusieurs autres colonnes en Alsace-Lorraine, un matériel très complet: brancards, boites de secours, etc., acquis en partie par les caisses des Sociétés, en partie avec l'aide de subsides officiels.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Légion d'honneur.* — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Officiers, MM. les Drs Laman (de Saint-Germain-en-Laye); Geoffroy, médecin de la marine;

Chevaliers, MM. les Drs Tirant, résidant au Tonkin; André, Colh, Cousyn, Deblenne, Laurent, Pascalet, Rigubert, Thémoin, médecins de la marine.

ELECTROCUTION. — Une électro-exécution a eu lieu récemment à Dannemora (Etat de New-York). La mort parait avoir été instantanée. Après avoir été fort désappointés dans leurs premiers essais pour substituer l'électrocution à la pendaison, les Américains semblent devoir être parfaitement satisfaits; l'auteur d'un rapport officiel sur la question chante les bienfaits de la nouvelle méthode, et tous les médecins qui ont suivi les dernières exécutions se joignent à lui.

HÔPITAL MILITAIRE A TOUL. — L'administration militaire va mettre en adjudication la construction d'un hôpital militaire à Toul. Le devis s'élève à 850,000 francs.

HÔPITAL DE VANNES. — Notre ami, M. le Dr C. Bellanger, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'Hôpital de Vannes. (M. B.).

HOSPICES DE ROUEN. — Un concours pour l'*internat en médecine* aura lieu le jeudi 20 octobre 1892. Pour se faire inscrire et pour plus amples renseignements, s'adresser au Secrétaire général de l'Administration avant le 5 octobre, au plus tard; après cette date, les inscriptions ne seront plus admises.

LE CENTENAIRE DE LA PESTE DE TOURNAI. — Lundi dernier on a célébré, à Tournai (Belgique), le huitième centenaire de la terrible épidémie connue dans l'histoire sous le nom de « Peste de Tournai. » A cette occasion, une imposante manifestation catholique a eu lieu.

L'EPIDÉMIE CHOLÉRIFORME AUX ENVIRONS DE PARIS ET A PARIS. — La situation sanitaire, au point de vue des affections

cholériformes, reste stationnaire. Pour Paris, sur le dernier tableau soumis au Conseil d'hygiène, on relevait cinq cas de diarrhée cholériforme. Dans la banlieue, cinq décès suspects ont été signalés : un à Alfortville, un à Pantin, un à Saint-Denis et deux à Aubervilliers ; ces trois derniers décès sont ceux des malades précédemment désignés comme atteints de diarrhée cholériforme. — Six filtres Pasteur ont été installés à Neuilly par les soins de la Municipalité.

Médecins conseillers généraux. — A la liste des médecins nommés conseillers généraux, que nous avons publiée dans notre dernier numéro, il faut ajouter les noms suivants : M. le Dr Gagey, g. s. (Côte-d'Or) ; M. le Dr Ogier, g. (La Verpillière, Isère) ; M. le Dr Devins (Brioude, Haute-Loire) ; M. le Dr Clédou, député, g. s. (Navarrenx, Basses-Pyrénées). M. le Dr Mary-Durand n'a pas été réélu à Sauxillange (Gard). Pour Villeneuve (Gard), M. le Dr Réguis, g. s. Dans le Gers, à Mauvezin, M. le Dr Fauqué, g.; M. le Dr Manas, g. (Lyon, 8e canton) ; M. le Dr Marfan, g. (Castelnaudary Sud, Aude). Dans l'Orne, MM. les Drs Barrabé, g., Homey, g., et Levêque, g. — Sur la foi de renseignements empruntés aux journaux politiques, nous avions classé M. le Dr Pitti-Ferrandi, conseiller général de Muro (Corse), comme membre de de la droite, de même que M. le Dr Degoit, MM. les Drs Pitti-Ferrandi et Degoit protestent contre cette qualification et revendiquent leur qualité de républicains.

Prix Renaudin. — La Société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse est autorisée à accepter la donation qui lui a été faite par la dame Jeanne-Marie Campardon, veuve J. Naudin, et le sieur Emile Naudin, d'une inscription de rente annuelle de 300 francs (4 1/2 0/0) au porteur sur l'Etat français. Les arrérages de cette rente seront employés à la fondation d'un prix biennal, distinct du prix annuel ordinaire, et désigné sous le nom de « Prix Jules Naudin. »

Récompenses. — Des récompenses honorifiques sont accordées aux médecins ci-après dénommés, membres honoraires et participants des sociétés de secours mutuels. *Deuxième rappel de médaille d'or* : M. le Dr Havard Duclos (de Vitu). — *Rappel de médaille d'or* : M. le Dr Turin (de Tarare). — *Rappels de médailles d'argent* : MM. les Drs Guinand (de St-Brieuc) ; Thomas (de Billom). — *Médailles d'argent* : MM. les Drs Angeard (de Mareuil) ; Auguste-Adolphe Baudon (de Mouy) ; Depautaine (de Gondricourt) ; Gallet-Lagoguey, Piequé (de Paris) ; Lacaze de Salles (de Belin) ; Lorreyt (de Pouillon) ; Petitjean (de Belfort). — *Médailles de bronze* : MM. les Drs Edouard-Louis-Antoine Binet, Devilliers, Dumoret, Iola, Nespoulous (de Paris) ; Blanchon (de Blois) ; Cazalis (de Montpellier) ; Faton (de Vendôme) ; Frissant (de Mouriès) ; Gentilhe (de Eosse) ; Guillemaut (de Louhans) ; Le Lièvre (de Sidi-bel-Abbès) ; Ligault (des Ormes) ; Masson (de Raon-l'Etape) ; Menut (de Vernoil-le-Founier) ; Robert (de Saint-Mihiel) ; Saissac (de Puylaurens) ; Sandras (d'Oran) ; Sière (de Guillan) ; Subert (de Nevers) ; Terver (d'Ecully). — *Mentions honorables* : MM. les Drs Courbis, Magnanon (de Valenu) ; Debourge (de Rollot) ; Doury, Fournol, Jasienski, Loubrieu, Rondeau (de Paris) ; Menuau (d'Angers) ; Morat (de Fourmies).

Par arrêté ministériel, en date du 14 mai 1892, une médaille d'honneur a été décernée pour son courage et son dévouement au cours des maladies épidémiques (*Médaille de bronze*) à M. le Dr Surgot, médecin à Entrains. Une autre médaille d'honneur en bronze a été décernée à M. le Dr Imbert (de Castillano) pour le dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie de variole et d'angine diphtérique dans la commune de Moriez (Basses-Alpes).

Service de santé militaire. — Par décret en date du mois de juillet 1892, M. le médecin principal de 1re classe Boisseau, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, a été promu au grade de médecin-inspecteur dans le cadre du service de santé militaire, en remplacement de M. le Dr Weber, placé dans la section de réserve.

Un étudiant en médecine d'un certain age. — M. Charles Vouillemin, pharmacien de 1re classe, membre du Conseil d'hygiène de la Haute-Marne et maire de Bourmont, sa ville natale, s'était décidé à faire ses études médicales à la Faculté de Nancy où il a pris toutes ses inscriptions, suivi avec assiduité cours et cliniques et subi tous les examens du doctorat. Il vient, à l'âge de 59 ans, de soutenir sa thèse de doctorat. A l'issue de la soutenance, le plus jeune des étudiants de première année est venu lui offrir un magnifique bouquet de fleurs garni de rubans portant la devise : « Au doyen des étudiants, ses camarades de la Faculté de Nancy. » (*Gaz. des Hôp.*).

Un faux cholérique. — Ces jours derniers, vers huit heures, la voiture destinée au transport des malades atteints de maladies contagieuses entrait à l'hôpital Beaujon, à Paris, venant d'Asnières. J'amène un cholérique ! dit le cocher. Aussitôt on accourut pour donner des soins au malade. La porte du véhicule fut ouverte, et l'on aperçut un homme d'une cinquantaine d'années qui fumait une pipe sans trop se préoccuper des regards curieux dont il était l'objet. « Vous ressentez des coliques ? dit un interne. — Moi, pas du tout, répondit l'homme à la pipe. Je suis bien portant. — Mais pourquoi êtes-vous là-dedans? — Ah ! je vais vous expliquer. On m'avait prié d'aller chercher à la mairie la voiture pour un cholérique, un voisin qui demeure rue de Bretagne, à Asnières. Sur la place de la Mairie, un monsieur, que j'ai pris pour un commissaire de police, m'a ordonné de monter dans le véhicule, et il a dit au cocher de faire désinfecter. J'ai cru que c'était pour aider à la désinfection. Voilà pourquoi je suis ici. » La voiture s'est dirigée immédiatement vers Asnières pour chercher, rue de Bretagne, le véritable cholérique.

Nécrologie. — M. le Dr Dorjère (de Bounebosq). — M. le Dr Drillon (de Castelnau en Médoc). — M. le Dr Drouet (du Havre). — M. le Dr Descottes (de Baujeu). — M. le Dr Desoignes (de Carbury). — M. le Dr Devauchille (de Harfleur). — M. le Dr Bichet, officier de l'Instruction publique, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Nancy, puis professeur-adjoint lors de la translation de la Faculté de Strabourg à Nancy, ancien médecin en chef à la maison départementale de secours, décédé à Nancy dans sa quatre-vingt-troisième année. — M. le Dr Dupuy (d'Oullins). — M. le Dr Cabrillac (de Serignan). — M. le Dr Chesseret (de Bout-Vernet). — M le Dr Chevalier (de Soubize). — M. le Dr Clément (de Marauville). — M. le Dr Choisnet (de Durtal). — M. le Dr Collomp (de Marseille). — M. le Dr Cressent (de Dieppe). — M. le Dr Dandre (de Homblent). — M. le Dr Daumas (de Séranj. — M. le Dr Denis (de Steinworde). — M. le Dr Degailh (de la Flèche). — M. le Dr Demommerot (de Mainneville). — M. le Dr Bouisson (de Marseille). — M. le Dr de Buin (d'Esmery, Somme), reçu en 1869. — M. le Dr Billaud (d'Onjain, Loir-et-Cher) reçu en 1862. — M. Gorlier, médecin à Rosny (Seine-et-Oise), reçu en 1841. — M. le Dr Courlier (de Paris). — On annonce la mort, à Nossi-Bé, de M. Henri Douliot, qui avait été chargé par le gouvernement français d'une mission scientifique sur la côte occidentale de Madagascar ; il a succombé à un accès de fièvre bilieuse.

Remplacement de vacances. — On demande un médecin ou un interne de 3e ou 4e année pour faire un remplacement à Saint-Denis pendant un mois. — S'adresser à M. le Dr Leroy des Barres, 24, rue des Ursulines, à Saint-Denis (Seine).

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE.— *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux :* M. DÉJERINE, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales :* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants :* M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — Le Dr Auguste VOISIN, le dimanche, à 10 h. du matin.

HÔPITAL DU MIDI. — *Syphiliographie.* — M. le Dr Charles MAURIAC : le samedi à 9 heures 1/2 du matin, à la même heure.

HÔPITAL LAENNEC.—*Clinique chirurgicale :* M. le Dr NICAISE, le samedi à 9 h. 1/2, salle du Musée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 104, boulevard Saint-Germain.

FERRIÈRE (E.).— Plantes médicinales de la Bourgogne. Emplois et doses. Volume in-8 de 101 pages. — Prix. . . . 1 fr. 25

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

BOISSARD (A). — Notes et observations cliniques : 1° De l'état de la menstruation chez les femmes qui allaitent ; 2° Des enfoncements et des fractures produits sur le crâne du fœtus pendan l'accouchement. Brochure in-8 de 52 pages, avec une figure. — Prix. 2 50

GUINARD (A). — Traitement chirurgical du cancer de l'estomac (Gastrectomie, gastro-entérostomie, opérations diverses). Volume in-8 de 124 pages — Prix. 3 50

Librairie Louis BATTAILLE et Cie, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

MICHAILOWSKI (D.-J.). — Etude clinique sur l'athétose double. Volume in-8 de 123 pages.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

BARDET (G.). — Formulaire des nouveaux remèdes, sixième édition, année 1892. Volume in-12 de 386 pages. — Prix 4 fr.

BERGER (E.). — Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez et des cavités voisines. Brochure in-8 de 46 pages. — Prix. . . . . 1 fr. 50

HEINS (F.). — Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse. Volume in-8 de 143 pages, avec figures. — Prix . . 3 fr.

MILLET (J.). — Audition colorée. Brochure in-8 de 81 pages. — Prix. . . . . 2 fr.

MOURE (E.-J.). — Traitement de l'hypertrophie des amygdales. Brochure in-8 de 24 pages. — Prix . . . . 1 fr 50

REDARD (P.). — Traité pratique de chirurgie orthopédique. Volume in-8 de 1.047 pages, avec 771 figures. — Prix. . 20 fr.

TESTUT (L.). — Les anomalies musculaires considérées au point de vue de la ligature des artères. Volume in-4 de 50 pages, avec 12 planches hors texte. — Prix. . . . . 8 fr.

Librairie G. MASSON, 120, Boulevard Saint-Germain.

NICATI (W.). — A propos de la constitution d'une Université à créer en province. Brochure in-8 de 47 pages.

Librairie J. RUEFF et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.

SÉGLAS (J.). — Des troubles du langage chez les aliénés. Volume in-8 cartonné de 304 pages, avec 17 figures.

BURET (F.). — La syphilis à Ninive et à Babylone chez les anciens Assyro-Chaldéens 760 ans avant J.-Chr. Brochure in-8 de 8 pages. — Clermont. 1892. — Imprimerie Daix.

CHANTRE (E.). — Etude sur l'organisation et le fonctionnement des policliniques en Allemagne et en Autriche-Hongrie. (Rapport de Mission). Brochure in-4 de 74 pages. — Lyon, 1892. — Imprimerie A. Rey.

LEYDEN (E.) und GUTTMANN (S.). — Die Influenza. Epidémie 1889-1890 im auftrage des Vereins fur innere Medicin in Berlin. Volume in-4 de 194 pages, avec 14 planches. — Prix : 37 fr. 50. — Wiesbaden. 1892. — Verlag J.-F. Bergmann.

NATIER (M.). — Policlinique de Paris (Statistique du service pour l'année 1890-1891). Brochure in-8 de 16 pages.

ELOY (Ch.). — Les Mementos thérapeutiques des praticiens, publiés sous la direction de H. Huchard. Tome II. Volume in-12 cartonné, de 359 pages. — Paris, 1892. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique.*

MANGIN (L.). — Eléments d'hygiène. Volume in-12 cartonné, de 388 pages, avec 27 figures. — Prix : 3 francs. — Librairie Hachette et Ce.

OLIVER (Ch.-A.). — A clinical study of the ocular symptoms found in the so-called Mongolian type of idiocy. Brochure in-8 de 6 pages. — Philadelphia, 1891. — *University Medical Magazine.*

ROSENBAUM (E.). — Warum müssen wir Schlafen ? Brochure in-8° de 62 pages, avec un tableau. — Berlin, 1892. — A. Hirschwald.

TEISSIER, ROUX et PITTION. — Sur une nouvelle diplobactérie pathogène retirée du sang et des urines de malades affectés de grippe. Brochure in-4 de 3 pages. — Paris, 1892. — Librairie Gauthier-Villars.

WITHE (W.-H.) and GOLDING-BIRD. — Two cases of idioglossia, with phonographic demonstration of the peculiarity of speech. Brochure in-8 de 9 pages — London, 1891. — Adlard and Son.

OLIVER (Ch.-A.). — Analysis of the sensory changes and conditions of the ocular apparatus as found in imbecility, epilepsy, and general paralysis of the Zisane. Brochure in-8 de 12 pages. — Chicago, 1891. — Office of the Association.

PRATS (G.). — Sobre el modo de plantear en granada las colonias escolares Memoria premiada por la real sociedad economica. Volume in-8 de 121 pages. — Granada, 1891. — Imprenta de Indalecio Ventura.

RICHE (A.). — Rapport sur l'introduction de la strontiane dans les vins et les mélasses. Brochure in 4 de 14 pages. — Paris, 1891. — Imprimerie Chaix.

SABOURIN. — Le Sanatorium du Canigou. Brochure in-18 de 24 pages, avec 12 figures dans le texte.

MANGIUREA (S.-G.). — Contributium la studiul spleno-pneumonici. Brochure in-8 de 63 pages. — Bucuresci, 1891. — Lito-typografia C. Göbl.

TESTI (A.). — L'Ascoltazione della Milza. Brochure in-8 de 22 pages — Forli, 1891. — Tip. Democratica.

TROLARD. — De la prophylaxie des maladies exotiques, importables et transmissibles. (Des mesures propres à remplacer les quarantaines). Brochure in-8 de 48 pages. — Alger, 1891. — Imprimerie Casabianca.

VILLAIN (L.). — Rapport sur l'inspection des viandes à Paris et dans les communes suburbaines. Brochure in-4 de 61 pages. — Paris, 1891. — Imprimerie Chaix.

VIGIOLI (R.). — Contribuzione alla neuropatologia del diabete. (La claudicazione intermittente come mezzo diagnostico nei casi di diabete decipiens). Brochure in-8 de 8 pages. — Napoli, 1891. — Stabilimento, Tip. A. Tocco e C.

ZIEGLER (E.). — Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale. Traduit sur la 6e édition allemande (1889) et annoté par AUGIER (G.) et Van ERMENGEM. Volume 1, fasc. 2. Volume in-8 de 515 pages, avec figures dans le texte. — Bruxelles, 1892. — A. Manceaux.

CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD, etc., etc. Traité de médecine. Tome III, par MM. Ruault, Mathieu, Courtois-Suffit et Chauffard. Volume in 8 de 987 pages, avec figures. — Prix. . . . 20 fr.

GLÉNARD (F.). — De l'expiration bimanuelle du foie par le procédé du pouce. Introduction à l'étude de l'hépatisme. Brochure in-8 de 47 pages.

PLANCHE (A.). — Balaruc-les-Bains. — Du lymphatisme et de la scrofule. Volume in-8 de 199 pages. — Prix . . . . 4 fr.

WEILL (A.) et DIAMANTBERGER (M.-S.). — Le gaïacol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Brochure in-8 de 15 pages. — Clermont, 1891. — Imprimerie Daix frères.

SÉGLAS (J.). — Du mutisme mélancolique. Brochure in-8 de 13 pages. (Extrait des *Annales Médico-psychologiques*).

NEGRINI (E.-R.). — Habitaciones para Obreros (Su estado actual. Necessidad de reformarlas). Brochure in-8 de 55 pages. — Barcelona, 1892. — Librairia de Masso y Casas.

ROCHA (A.-A.) e SANTOS E SILVA (J.) — O problema medicolegal no processo-urbino de Freitas. Volume in-4 de 271 pages. — Coimbra, 1892. — Imprensa de Universidad.

RUGGI (G.). — Processo de plastica per la cura della stenosi dell' orifizio interno della matrice. Brochure in-8 de 10 pages, avec une figure hors texte. — Bologna, 1892. — Tipografia Gamberini e Parmeggiani.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 34. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 20 AOUT 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Hospice de la Salpêtrière. — M. **J.-M. CHARCOT**.

Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes.

DU DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ D'ORIGINE HYSTÉRIQUE (*vigilambulisme hystérique*) (*fin*) (1);

par **GEORGES GUINON**, chef de clinique à la Salpêtrière.

Comme on le voit par la lecture de ces observations, nos deux malades appartiennent à la catégorie dans laquelle il y a dédoublement le plus complet en deux personnalités distinctes absolument ignorantes l'une de l'autre. Il ne paraît pas en être ainsi dans la majorité des cas, tout au moins en nous bornant à ceux que nous avons rapportés et qui sont les seuls parvenus à notre connaissance dans la littérature médicale. Dans l'autre catégorie, la personnalité seconde conserve le souvenir de la personne première, tandis que celle-ci n'a pas la moindre notion de celle-là.

Mais il n'y a pas là, ce semble, de quoi différencier profondément ces deux espèces de malades. Le dédoublement de la personnalité existe chez tous par le fait qu'il se trouve une personne ignorante des faits et gestes de l'autre. Peu importe que la seconde ait connaissance de la première ou non. M. Pitres (de Bordeaux), qui considère l'état second comme une manifestation d'hypnose spontanée, hypothèse que je me propose d'examiner tout à l'heure, émet un avis analogue. « Peut-être, dit-il, n'y a-t-il là que des différences secondaires, des degrés plus ou moins profonds d'une même maladie. Il est même très probable qu'il en est ainsi (2). »

Dans le somnambulisme hypnotique, on sait que le souvenir des actes accomplis ou des faits survenus pendant cet état, est absolument perdu au réveil, tandis que, au contraire, dans l'état de somnambulisme, le malade conserve non seulement la notion de sa personnalité mais encore la mémoire de tout ce qui s'est passé à l'état de veille. Telle est la règle habituelle. Mais on sait qu'il peut exister des cas, rares à la vérité, dans lesquels le somnambule ne conserve point le souvenir des faits accomplis dans l'état normal. « Quelquefois, dit M. Pitres (3), les choses se passent autrement. Le lien qui doit rattacher en un seul faisceau le souvenir du passé aux impressions du présent est rompu ; le moi de l'état de sommeil ne reconnait plus pour sien le moi de l'état de veille ; la notion de l'identité morale est altérée ; la personnalité est changée. » Est-ce une raison pour cela de créer deux catégories distinctes de somnambules hypnotiques, profondément différenciées l'une de l'autre ? Une pareille distinction ne paraît point nécessaire et il en est de même en ce qui concerne le dédoublement de la personnalité d'origine hystérique.

Dans tous les cas, ce qui incite encore à considérer ces malades comme dédoublés en deux personnes, c'est que, dans les deux états, il existe des modifications plus ou moins profondes, mais distinctes dans l'un et dans l'autre. D'une façon générale, dans l'état second le malade conserve la notion de son être, contrairement à ce qui a lieu dans les cas d'aliénation complète de la personnalité. Il ne se prend pas non plus pour un autre individu ignorant absolument son existence, ainsi que cela se voit dans la substitution de la personnalité. Cela vient sans doute de la conservation chez lui de la cénesthésie ou sensation intime de ses organes vitaux. M. Ch. Richet établit très nettement la distinction qui existe, à ce point de vue, entre le moi et la personnalité. « Le moi, dit il, est un phénomène de sensibilité et d'innervation motrice; la personnalité est un phénomène de la mémoire (1). » Nous avons déjà abordé, en commençant, cette question de la participation de la mémoire dans la constitution de la personnalité ; nous n'y reviendrons donc point.

Outre cette conscience intime de son être, le malade conserve encore dans l'état second un certain nombre de notions acquises et devenues plus ou moins automatiques. A cet égard, il y a des différences assez grandes suivant les sujets. Tous savent marcher, parler, dans la condition seconde. Mais, tandis que les uns parlent correctement, les autres ont oublié leur grammaire et « parlent nègre » comme la dame américaine de Mac Nish, par exemple. L'écriture, l'orthographe, sont également conservées dans la plupart des cas, mais l'exemple ci-dessus nous montre qu'il peut aussi en être autrement.

« Si toutes nos actions, dit M. Jules Simon (2), étaient voulues et réfléchies, nous serions capables de bien peu de choses. L'action de marcher, qui nous paraît si simple, continuerait d'être pour l'homme un sujet de préoccupation et d'étude pour toute sa vie. Nous parlerions notre propre langue avec les mêmes efforts qu'exige l'emploi d'une langue étrangère nouvellement et imparfaitement apprise. La recherche d'un mot et la préoccupation de la syntaxe empêcheraient notre esprit de se donner tout entier à la poursuite de la pensée. En écrivant, nous ressemblerions à un écolier qui copie péniblement un dessin. L'homme le mieux doué n'arriverait pas à jouer cinq mesures de piano sans perdre haleine. Tout ce qui passe inaperçu dans notre vie, et qui pourtant en fait le fond, absorberait toutes nos forces, et, pour la pensée, pour les affaires, pour les améliorations, pour les découvertes, il ne resterait rien. »

Ce sont ces actes, devenus par l'habitude presque automatiques ou réflexes, qui sont, dans bon nombre de cas, conservés en tout ou en partie dans le vigilambulisme. On ne saurait, malgré cela, dans l'état actuel de nos connaissances, formuler de règle absolue à ce sujet. Dès que la notion acquise devient un peu complexe, il est rare qu'elle persiste dans son entier. Je n'en veux pour exemple que celui de notre malade, Marguerite D..., qui savait encore lire, écrire et composer un nombre de deux chiffres, mais était incapable de lire un nombre de trois chiffres et de faire une opération, si simple qu'elle fût, d'arithmétique.

Dans certains cas il est remarquable que le malade choisit pour ainsi dire, parmi ses acquisitions antérieures devenues à peu près automatiques par l'habitude, telle ou telle qui persiste pendant la condition seconde, tandis que les autres disparaissent. A ce point de vue, le jeune Albert X... de M. Azam est fort intéressant. Comme on l'a vu, ce jeune garçon avait tout oublié, lecture, écriture, calcul, etc..., dans l'état second. Mais il continuait à monter à cheval et à conduire. Ces deux notions acquises et devenues automatiques par l'habitude, comme chacun sait, avaient seules persisté, tandis que nombre d'autres, plus utiles cependant et surtout plus fondamentales parmi les notions de ce genre, avaient totalement disparu.

En présence de la persistance, dans l'etat second, de cer-

(1) Voir *Progrès Médical*, nos 11, 13, 19, 27, 28 et 31, 1892.

(2) Pitres. — *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme* Paris, 1891, t. II, p. 219.

(3) Pitres. — *Loc. cit.*, p. 210.

(1) Ch. Richet. — *L'homme et l'intelligence*. Paris, 1884, p. 250.

(2) J. Simon. — *Le Devoir*, p. 77.

taines notions acquises dans l'état prime, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que les acquisitions faites dans le vigilambulisme ne se reportent pas dans l'état de veille. On a vu plus haut que Marie H... avait appris à lire, à écrire, à compter et à faire du crochet dans l'état second. Elle ignorait tout cela, comme par devant, dans l'état normal. Cela tient-il à ce que les notions acquises dans l'état second sont moins profondément implantées, ainsi que je l'ai montré chemin faisant à propos d'une de nos malades? Est-ce dû au contraire à ce que la seconde personne est plus complètement ignorée de la première que la première de la seconde, ce qui paraît vrai, puisque dans nombre de cas celle-ci a une notion, soit parfaite, comme chez Felida entre autres, soit fort obtuse comme chez Marie H..., d'un autre état? On ne saurait, ce me semble, trancher définitivement cette question.

Je ne cite pour ainsi dire que pour mémoire les actes réflexes absolument instinctifs, tels que ceux qui manifestent les expressions de la physionomie, « phénomènes mimiques qui sont constamment en rapport avec les sentiments si divers et si nuancés qui agitent l'esprit et que chacun sait accomplir, bien que leur exécution n'ait jamais été enseignée par qui que ce soit (1) ». Ceux-là sont toujours conservés dans l'état de vigilambulisme et l'on peut même y voir quelquefois, ainsi que nous l'avons mentionné chez notre malade, Marguerite D..., la physionomie plus vive, plus expressive que dans l'état normal.

Mais ce n'est pas tout : d'autres modifications peuvent encore survenir dans l'état second, qui le différencient nettement de l'état normal. Ces modifications portent sur le caractère, les habitudes, l'état physique du sujet, le fonctionnement de ses organes et son état de santé, enfin sur sa condition psychique. Mentionnons tout de suite les phénomènes hypnotiques constatés chez nos deux vigilambules, contractures léthargique et somnambulique, catalepsie provoquée par le moindre bruit, suggestibilité très développée. Ces phénomènes ne sont mentionnés dans aucune des observations légitimes que nous avons pu réunir, et n'ont été rencontrés que chez nos deux malades. Mais si les auteurs ne les mentionnent pas dans les autres cas, du moins ne constatent-ils pas expressément leur absence. Nous ne pouvons donc savoir s'ils les ont recherchés. En présence de l'identité de nos deux cas, dont l'un avait évolué sous nos yeux et chez qui les phénomènes avaient été constatés cinq ans auparavant, et dont l'autre, tout récent, s'était développé à Péronne, hors de toute communication avec le premier, il est permis de se demander si on n'eût pas, en les recherchant, découvert des manifestations analogues dans quelques uns des autres cas publiés.

On a vu que ces phénomènes étaient les premiers qui nous avaient sauté aux yeux chez Marie H... et que nous étions restés longtemps sans nous apercevoir de l'amnésie qui achevait de caractériser son état second. Il est donc possible que, parmi les cas de suggestibilité prononcée à l'état de veille, on trouve des exemples de vigilambulisme hystérique méconnus. C'est ainsi que nous avons eu en 1885, dans le service de M. Charcot, une jeune fille de seize ou dix-huit-ans qui était absolument analogue à Marie H... à cette époque, et qu'on appelait alors déjà, comme elle, une somnambule éveillée. On ne chercha jamais chez cette jeune fille les manifestations amnésiques du dédoublement de la personnalité, mais, étant donné le souvenir que cette malade m'a laissé, ses allures pendant son séjour à l'hôpital, j'inclinerais fort à croire aujourd'hui, éclairé par les cas que j'ai eus depuis lors sous les yeux, qu'elle était tout simplement une vigilambule hystérique.

En est-il de même dans quelques cas connus de suggestibilité très accentuée à l'état de veille et désignés par M. Beaunis sous le nom de veille somnambulique (2)? En l'absence de recherches spéciales et de constatation des phénomènes d'amnésie caractéristiques du vigilambulisme, on comprendra qu'il est bien difficile de rien affirmer. Cela cependant est possible. M. Liégeois, qui a étudié ces faits de suggestibilité à l'état de veille, les compare au cas de Felida de M. Azam, sans conclure d'ailleurs à l'identité (1).

Mais laissant de côté ces phénomènes qui ne sont pas mentionnés, peut-être parce qu'ils n'y ont pas été recherchés, dans les faits publiés jusqu'aujourd'hui, examinons les autres modifications qui peuvent survenir dans l'état second et servir à les distinguer de l'état normal.

Tout d'abord nous trouvons souvent un changement dans le caractère et conséquemment dans les habitudes. Le cas le plus typique, à ce point de vue, est celui de Camuset. Dans un état donné son malade était méchant, emporté, voleur; dans un autre, il était bon, docile, travailleur, et ces modifications se reproduisaient, à coup sûr, chaque fois que l'état correspondant revenait, soit spontanément, soit artificiellement. La malade de Dufay était communicative, gaie dans l'état second et jouissait également dans cet état d'une hyperacuité sensorielle considérable, tandis que dans l'état normal elle était plus triste, plus renfermée. Celle de Bonamaison était plus vive, plus adroite, plus intelligente dans la condition seconde; celle de Ladame, au contraire, était mal élevée et donnait, en état second, des gifles à son fiancé, ce qu'elle n'eût jamais fait à l'état normal. Chez les sujets de Verriest et d'Azam, on constatait la gaieté dans le vigilambulisme et, au contraire, la tristesse dans la condition normale.

Comme on le voit, dans presque tous les cas, le malade est, si l'on peut ainsi parler, en meilleure situation dans son état second ; il s'y sent plus à l'aise et éprouve un sentiment de bien-être qu'il n'a pas dans l'état normal. Cela peut provenir de deux causes qui n'expliquent évidemment pas entièrement le changement constaté, mais qui semblent en rendre compte dans une certaine mesure.

Tout d'abord, dans les cas comme celui de Felida, où la mémoire de l'état prime persiste dans l'état second, le fait est très compréhensible. Dans la condition seconde, il n'y a point de lacunes de mémoire. Dans les périodes d'état normal, au contraire, il y a des lacunes plus ou moins grandes, correspondant aux périodes de vigilambulisme antécédentes. D'où un état de malaise facile à imaginer et qui n'existe point dans l'autre état. Les quelques exemples empruntés à l'histoire de Felida, que j'ai rapportés dans son observation, montrent à quel point ce phénomène peut être accentué. Cette malheureuse, se retrouvant subitement en état I dans une voiture de deuil et ne sachant point le nom de la personne qu'elle va enterrer, oubliant dans son métier de modiste le prix des étoffes et des rubans, doit évidemment se sentir bien plus à l'aise dans l'état vigilambulique dans lequel elle n'a point à craindre de pareilles mésaventures.

Mais ce n'est pas tout, et cette sensation de bien-être dans laquelle se trouvent la plupart des malades provient encore d'une autre circonstance. Il est remarquable, en effet, que, chez la plupart d'entre elles, on constate, pendant l'état second, un certain apaisement des phénomènes de l'hystérie qui constitue le fond de leur maladie. Le sujet de Verriest était aphone dans l'état normal provoqué. Felida, vigilambule, ne souffrait plus des douleurs diverses qui la tourmentaient considérablement dans l'état normal. Il en est de même chez nos deux malades que l'hystérie laisse bien plus tranquilles dans le vigilambulisme.

Cela nous conduit à considérer les phénomènes d'ordre pathologique qui peuvent exister dans un état et être absents dans l'autre. Comme on a pu le voir, par la lecture des observations, il y a des cas dans lesquels on rencontre, à ce point de vue, des modifications considérables. Le malade de Camuset est encore ici le plus caractéristique, libre de ses mouvements dans tel état, paraplégique dans

(1) P. Despine. — *Étude scientifique sur le somnambulisme*, etc., etc. Paris, 1880, p. 54.

(2) Beaunis. — *Le somnambulisme provoqué*, etc. Paris, 1886.

(1) Liégeois. — *De la suggestion hypnotique*, etc..

tel autre, hémiplégique dans un troisième, etc... Je ne reviens pas sur le sujet de Verriest qui était aphone dans l'état prime et avait un spasme de l'œsophage dans l'état second. Notre deuxième malade, Marguerite D..., était atteinte d'astasie-abasie dans la condition normale, tandis qu'elle marchait librement dans le vigilambulisme.

A côté de ces phénomènes grossiers et remarquables à première vue, il en est d'autres qu'il faut chercher et qui ne sautent pas aux yeux tout d'abord, ce qui explique sans doute qu'on ne les trouve pas mentionnés dans la plupart des observations. Chez nos deux malades, nous avons rencontré des modifications profondes de la sensibilité, différentes dans l'un et l'autre état. Ces modifications portaient, comme nous l'avons mentionné dans le cours des observations, non seulement sur la sensibilité générale, mais encore sur les sens spéciaux. L'anesthésie cutanée, distribuée sous forme d'hémianesthésie dans l'état normal, était totale et s'étendait sur toute la surface du corps dans l'état vigilambulique. Le champ visuel, fortement rétréci des deux côtés dans la condition seconde, l'était beaucoup moins ou ne l'était plus que d'un seul côté dans l'état prime. Il en était de même en ce qui concerne la vision des couleurs. Quant aux autres sens, fortement obnubilés des deux côtés dans le vigilambulisme, ils présentaient une plus grande acuité dans l'état normal.

Ce sont là des phénomènes importants à noter et qui acquièrent en l'espèce une valeur considérable. On ne devra jamais omettre de les rechercher dans les cas de ce genre, car la singulière ressemblance qu'ils présentaient dans l'un et l'autre de nos deux cas prouve tout au moins qu'ils ne doivent pas être d'une excessive rareté.

Avant d'en finir avec cette comparaison des deux états entre eux, je crois utile de faire ressortir un fait, sans doute peu ordinaire, puisqu'il ne s'est rencontré dans aucun des autres cas publiés et qui existait chez l'une de nos malades. Je veux parler de ce retour spontané périodique de l'état prime pendant la nuit, que nous avons constamment observé chez Marguerite D... Ce passage de l'état B à l'état A pendant le sommeil naturel avait déjà été observé chez Felida, ainsi que M. Dufay chez sa malade. Elle se couchait en état de vigilambulisme et passait « insensiblement du sommeil agité en sommeil tranquille et normal, pour se réveiller à l'heure réglementaire. » Mais la différence est toute dans ce fait que l'état second s'était produit accidentellement dans la soirée, la malade étant restée pendant la journée précédente dans l'état normal, avant l'arrivée de la crise. Notons en passant que cette régularité dans le retour nocturne de l'état A chez Marguerite D... est un caractère de plus permettant de rattacher sa maladie à l'hystérie, la périodicité des accidents morbides étant un des phénomènes les plus fréquents et les plus caractéristiques de cette névrose.

* * *

M. le Pr Charcot, dans ses leçons, a émis l'idée que cet état vigilambulique chez des sujets hystériques n'est autre chose qu'un morceau d'attaque dans laquelle les phénomènes convulsifs sont relégués au second plan. Une hypothèse analogue avait été apportée par M. Gilles de la Tourette dans son livre sur l'hypnotisme. « Ces faits, dit-il, dérivent tous, à notre avis tout au moins, du somnambulisme hystérique. En un mot, ce sont de véritables accès de somnambulisme hystérique prolongé... L'état anormal dans lequel l'individu va être plongé survient assez souvent sans secousse apparente, pour un observateur non éclairé (tout au moins dans les cas très caractérisés)... Que les phénomènes convulsifs s'apaisent, et, sans que le somnambulisme hystérique perde ses droits, l'état second se trouvera constitué (1). » C'était un premier acheminement vers l'idée actuellement soutenue par notre maître, à savoir que l'état second n'est qu'une forme particulière de l'attaque avec prédominance de la phase des attitudes passionnelles, modifiée elle-même dans quelques-uns de ses caractères.

Il est facile de justifier cette manière de voir en examinant chacun des divers cas dont nous avons rapporté l'histoire. Commençons par les deux qui nous sont personnels et sur lesquels nous pouvons argumenter sans faire d'hypothèses et sans risques d'être accusé de torturer des textes pour les faire servir à la défense de nos idées. Nous avons à dessein, dans l'observation de l'une et de l'autre, insisté avec soin, dans un paragraphe spécial, sur les phénomènes qui marquent la transition d'un état dans l'autre.

Chez Marguerite D..., le passage provoqué se fait par l'intermédiaire de petites convulsions d'assez longue durée pour qu'on ne puisse les laisser passer inaperçues. D'autre part, j'ai raconté que plusieurs fois on avait constaté dans la journée, à la suite d'une grande attaque convulsive parfaitement caractérisée, le retour inopiné de l'état normal. Donc passage à l'état second, retour à l'état prime se font par l'intermédiaire de convulsions manifestement hystériques.

En d'autres termes : on est en présence d'une attaque marquée à son début et à sa terminaison par des convulsions, séparées par une période d'attitudes passionnelles modifiée sous forme de vigilambulisme.

Il en est absolument de même chez Marie H..., avec cette différence que cela est peut-être encore plus caractéristique. On se souvient que j'ai observé chez elle pour la première fois le retour de l'état normal à la suite d'une attaque convulsive violente qu'elle avait eue en ma présence. Plus tard il ne fut point difficile de constater régulièrement que toujours grande attaque convulsive, arcs de cercle ou attaques à forme épileptoïde marquent la fin et le commencement de l'état vigilambulique, en d'autres termes le passage à l'état normal transitoire et le retour à l'état second de durée plus prolongée. Le vigilambulisme interposé entre les deux n'est autre chose que le représentant de la phase des attitudes passionnelles.

Peut-on retrouver des caractères analogues dans les autres faits que nous avons rapportés ? Cela, il me semble, ne fait pas l'ombre d'un doute. Chez la dame Américaine de Mac Nish nous sommes en présence d'une attaque de sommeil au début. Le malade de Bonamaison entre dans l'état B par une crise convulsive ou une attaque de sommeil ; son retour à l'état normal est marqué par des aboiements qui ne sont autre chose que de véritables convulsions.

Le sujet de M. Vizioli tombe dans l'état vigilambulique à la faveur d'une grande attaque caractéristique d'hystérie, mêlée de phénomènes hypnotiques, que nous avons décrite avec détails au cours de l'observation. Chez la jeune fille de M. Ladame, c'est une attaque de sommeil qui marque le debut de l'état second.

Ce n'est pas moins caractéristique dans le cas de M. Verriest. Au début une attaque franche marquait le passage à l'état B et le retour à l'état A. Plus tard l'élément convulsif s'efface peu à peu et n'est plus représenté que par quelques secousses des membres supérieurs.

Quant aux malades de M. Camuset et de M. Azam, il ne peut y avoir aucun doute au point de vue qui nous occupe ici. Le premier entre dans ses divers états par des attaques plus ou moins franches et on en provoque le retour par des procédés éminemment *hystérogènes*, l'aimant par exemple. De son côté, M. Azam note avec soin les phénomènes marquant le passage d'un état dans l'autre, et au debut de l'état second il nous décrit bien nettement l'aura céphalique hystérique, tandis qu'à sa terminaison il constate la présence d'une petite attaque de nerfs qu'il compare, dans une certaine mesure, au petit mal comitial. L'attaque marque également le début des phénomènes de dédoublement dans son autre cas (Albert X...).

J'insisterai principalement sur la malade de M. Dufay, parce qu'elle présente, au point de vue spécial des idées de M. Charcot, que je soutiens ici, un intérêt tout particu-

(1) Gilles de la Tourette. — *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, 1re édition, p. 245 et suivantes.

lier. En effet, tout d'abord elle tombe dans l'état second par l'intermédiaire d'une petite perte de connaissance qui en marque le début. De plus, et c'est surtout ce point qui est important à constater, parce que nous le trouvons seulement dans ce cas, l'état vigilambulique peut cesser à la volonté de l'observateur. Il suffit d'exciter des zones douloureuses (côtés du cou, pharynx) pour provoquer instantanément le retour à l'état normal. Ce sont là, en réalité, de véritables zones hystéro-frénatrices, et je n'ai pas besoin d'insister plus longuement sur l'importance de ce phénomène qui assimile de tous points la crise de vigilambulisme à une crise d'hystérie vulgaire, qu'on arrête en pressant sur les points ovariens, sous-mammaires ou autres.

Mais, dira-t-on, si l'on peut admettre à la rigueur l'assimilation avec la période des attitudes passionnelles dans les cas où la crise vigilambulique ne dure que quelques heures, une pareille hypothèse est bien difficile à accepter pour ceux où l'état second dure depuis des mois et des années, interrompu seulemnet de temps à autre par de courtes périodes d'état normal. A cette objection la réponse me paraît facile, en ayant recours aux faits et rien qu'aux faits.

Prenons par exemple le cas de Bonamaison. On ne fera donc pas difficulté d'admettre que, chez cette jeune fille, les crises vigilambuliques survenant tous les soirs régulièrement, avec une périodicité bien hystérique, ne sont autre chose que des attaques d'hystérie avec modification particulière de la phase des attitudes passionnelles. Mais au début de la maladie il s'était produit une période d'état second de trois mois de durée. Ce vigilambulisme de trois mois ne différait en rien de celui qui se manifesta plus tard pendant quelques heures tous les soirs. Pourquoi vouloir faire de deux manifestations identiques des accidents morbides différents, sous prétexte que l'une ne dure que quelques heures, tandis que l'autre se maintient pendant des mois? Cette façon de considérer les choses me semblerait absolument contraire à toute raison. Surtout quand tant d'autres arguments plaident en faveur de l'hypothèse que nous soutenons ici, à savoir que le vigilambulisme n'est qu'une modification de la période passionnelle de l'attaque.

On connaît des cas de délire hystérique ayant duré plusieurs semaines et qui cependant ne représente point autre chose qu'une autre sorte de modification de cette même phase des attitudes passionnelles de l'attaque (1). On peut constater pour le somnambulisme, comme pour le vigilambulisme, toutes les transitions entre le dédoublement complet et presque permanent de la personnalité et la courte attaque d'état second. Les observations que j'ai relatées au cours de ce travail contiennent plusieurs exemples de ce genre, et viennent à l'appui de ce que j'avance. Une pareille objection ne saurait donc nous arrêter.

*
* *

Dans cette hypothèse — et c'est là une des conclusions que l'on peut tirer tant de ce travail que de mon précédent mémoire — il y aurait donc deux modifications spéciales de la phase passionnelle de l'attaque hystérique : le somnambulisme et le vigilambulisme hystériques. Dans les cas les plus accentués et les plus typiques, ils diffèrent notablement l'un de l'autre. En effet, toujours le somnambule hystérique délire, sous l'influence des hallucinations auxquelles il est en proie, tandis que le vigilambule se conduit en apparence comme une personne normale, et peut laisser tout son entourage, même médical, dans l'ignorance des phénomènes psychiques et plus particulièrement amnésiques dont il est atteint (1). On l'a vu, en ce qui nous concerne, pour Marie H...

Mais il est des cas de somnambulisme hystérique (le malade de B... de notre précédent travail, l'homme de M. Mesnet... et d'autres) dans lesquels les hallucinations et le délire sont relégués un peu au second plan. La concentration du malade dans ses conceptions délirantes personnelles est à un degré beaucoup moindre que dans les cas plus accentués et, en somme, le somnambule présente jusqu'à un certain point l'aspect d'un individu normal, répondant aux questions, appropriant assez bien en apparence ses actes aux circonstances extérieures. Pour peu qu'avec cela son somnambulisme soit mêlé de phénomènes hypnotiques, pseudo-catalepsie, suggestibilité, celui-là ressemble fort au vigilambule hystérique, pas assez cependant pour que l'erreur doive être permise cliniquement.

D'autre part, parmi ces derniers il en est qui ne présentent pas cet étonnant laisser-aller, ce flegme, dont font preuve les vigilambules dont l'état second se prolonge très longtemps. La malade de M. Dufay, par exemple, était concentrée lorsqu'elle se trouvait en état B, n'entendait pas ou ne paraissait pas entendre ce qui se passait autour d'elle, ne parlait que quand on l'interrogeait. A part l'existence des hallucinations caractéristiques du somnambulisme, cet état ressemble beaucoup à celui des somnambules les moins concentrés dont nous parlions tout à l'heure.

Y aurait-il donc entre ces deux états hystériques, le somnambulisme, d'une part, et le vigilambulisme, d'autre part, des états de transition participant à la fois des caractères de l'un et de l'autre. Le fait ne nous paraît pas impossible et peut-être sera-t-il quelque jour observé, maintenant que l'on connaît mieux ces diverses manifestations pour les avoir méthodiquement étudiées à la manière des cliniciens.

(1) A ce propos je ne saurais mieux faire que de renvoyer le lecteur à mon précédent travail sur le somnambulisme hystérique, dans lequel je développe des arguments répondant à une objection analogue en ce qui concerne ce dernier. Ce qui est vrai pour le somnambulisme l'est aussi pour le vigilambulisme, et l'objection de la durée des manifestations ne peut venir à l'encontre de l'hypothèse soutenue dans l'un et l'autre cas.

(1) De ce fait résulte aussi cette conséquence, à savoir que le vigilambulisme, ramené à l'état normal, souffre beaucoup plus que le somnambulisme de son ignorance des actes accomplis dans l'état second. Celui-ci, en effet, agissant sous l'influence de son délire, n'accomplit généralement que des actions plus ou moins illogiques et inopportunes dont la trace ne subsiste pas au réveil, à moins, ce qui est relativement rare, qu'il ne se soit livré à des actes délictueux (Voir le cas de M. Garnier dans mon précédent travail). Le vigilambulisme, au contraire, dans son état second, exécute des actes de la vie ordinaire, vend des chapeaux s'il est chapelier ; du sucre, s'il est épicier, comme dans l'état normal. Revenu à l'état normal, il trouve un chapeau, du sucre en moins dans son magasin, de l'argent en plus dans sa caisse et ignore absolument l'origine de cette diminution de marchandise et de cette augmentation de fonds. De là un trouble énorme apporté dans la vie de tous les jours des vigilambules à oscillations plus ou moins périodiques d'états A et B, trouble qui n'existent point du fait des périodes somnambuliques chez les somnambules hystériques proprement dits du type Mesnet.

Service médical de l'expédition du Dahomey. — Le médecin de 1re classe de la marine, M. Bourit, est designé pour convoyer les malades et les blessés provenant du Dahomey ; il sera accompagné par un infirmier de la marine. Ils prendront passage sur le paquebot de la Compagnie Fraissinet partant de Marseille le 25 août et compteront sur le transport *Mytho*, où ils feront du service en attendant la formation d'un convoi de rapatriables. Le *Mytho* est effectivement un *transport-hôpital* bien agencé pour recevoir les malades et les blessés. C'est pour ce motif que le ministre de la marine a tenu à envoyer au Bénin un navire de ce type. Mais M. Burdeau a estimé que la situation des malades à bord d'un navire à l'encre, exposé aux ardeurs du soleil comme aux ondulations incessantes de la mer, n'était peut-être pas assez satisfaisante. Aussi a-t-il décidé que le *Mytho* serait en quelque sorte un *hôpital d'évacuation*. Les malades et les blessés seront rapatriés en France dès que leur état de santé le permettra. En conséquence, tous les vapeurs français qui desservent la côte occidentale d'Afrique seront aménagés de manière à recevoir des convois de rapatriables, et ce sont des médecins de la marine qui les ramèneront en France, de manière à leur assurer les soins médicaux au cours de la traversée de retour. Le ministre de la marine a donné les ordres nécessaires pour que le fonctionnement du service médical soit très largement assuré.

THÉRAPEUTIQUE

L'iodoforme dans un cas de fulguration ;

par M. le Dr Georges IVANOFF (de Monastir, Macédoine).

C'est vers le mois de juillet 1891 qu'une nommée Marie, originaire d'Elena (Bulgarie), fut frappée par la foudre dans le champ où elle fauchait. Après une perte de connaissance qui dura environ cinq minutes, on l'amena à l'Hôpital d'Elena avec une brûlure étendue au quatrième degré. Les larges eschares qui en résultèrent furent nombreuses.

Malgré mes recherches minutieuses, je n'ai pu trouver chez elle aucun des points anesthésiques qu'on observe fréquemment après la fulguration. Cette malade ainsi que des [illegible] boriqués ; le pansement était fait avec la vaseline boriquée.

Après [illegible], l'état de la malade avait pris une bonne direction. La respiration, le pouls et l'appétit s'étaient [illegible] lorsque me vint l'idée de changer le mode de pansement : au lieu de vasoline boriquée, je [illegible] iodoformée entouréo d'ouate hygroscopique. [illegible] n'était pas écoulée que le surveillant de l'hôpital vint chez moi pour m'avertir que, depuis le [illegible] pansement, l'état de la malade s'était aggravé ; et, en effet, arrivé auprès de la malade avec mon [illegible] ami et confrère, M. le Dr Michaïlowski, nous l'avons trouvée en pleine agitation, traduisant les [illegible] terribles dont elle était le martyr :



Fig. [illegible]

souffrait horriblement, et, [illegible] prostration, elle ne pouvait [illegible] grande peine.

La brûlure portait sur les [illegible] sous-claviculaire, et brachial [illegible] gauche était pris presque en totalité ; [illegible] outre, trois brûlures de petites [illegible] degré, situées sur le mont de [illegible] et sur l'hypochondre gauche. Le [illegible] la respiration à 39 ; la température ne [illegible] pas 39 degrés.

Elle prenait du chloral et de l'antipyrine à l'intérieur, [illegible] parties brûlées ; pouls [illegible] respiration accélérée. [illegible] se déclara chez elle.

[illegible] avec de la vaseline b[illegible] à l'intérieur ; le lendemain [illegible] pas dormi de toute la nuit, [illegible] tique à dose active. Quelque [illegible] indiqués ci-dessus et [illegible] commencé par s'améliorer ; [illegible] vaste étendue, il fallut [illegible] son.

[illegible] mois, pendant lesquels elle

fut soignée à l'hôpital, j'ai essayé trois fois, à diverses périodes, le pansement iodoformé, afin de m'assurer de l'effet toxique de l'iodoforme chez elle ; et, dans tous ces essais, j'ai été témoin, avec mon ami Michaïlowski, des mêmes effets décrits plus haut.

Par suite, cette observation me permet de penser que tout pansement iodoformé dans les plaies par fulguration est toxique. Sans m'associer aux idées de M. Kocher et d'autres, qui voient souvent dans l'iodoforme une matière toxique, et, malgré l'ostracisme dont il est frappé par quelques médecins, j'ai fait souvent le pansement iodoformé dans des plaies d'une plus grande étendue, associées à un état général grave ; mais jamais il ne m'est arrivé un cas d'intoxication analogue.



Fig. 18. — Un cas de [illegible] Bru[illegible]

Ces troubles, survenus à la suite du pansement iodoformé, ne doivent pas nous faire penser qu'ils sont le résultat de l'hystérie ; car, malgré mes recherches en vue de la découvrir, je n'ai pu en trouver aucun stigmate.

Je ne nie pas les cas rares d'intoxication survenus à la suite du pansement iodoformé et mon observation ne fait qu'ajouter un autre cas de toxicité de l'iodoforme, au cours du pansement d'une fulguration avec plaies étendues.

La paysanne fulgurée a été photographiée pendant qu'elle était en train de guérir. On voit sur les photogravures ci-jointes (Voir *Fig.* 17 et 18) les cicatrices qui diffèrent de celles de brûlures ordinaires par un aspect particulier représentant des nuages ; cet aspect est plus frappant, lorsqu'on voit en nature les cicatrices de cette fulguration. On constate qu'il s'agit, en outre, de plaies assez étendues. La guérison de la malade a été suivie de raideur et d'atrophie des parties lésées, ainsi que de la dilatation des deux pupilles.

Service de santé de la marine. — Le *Journal officiel* publie, une promotion dans le service de santé de la marine. Cette promotion n'est que le commencement d'exécution de la mesure arrêtée récemment par le ministre de la marine. Voici les noms des médecins et pharmaciens de la marine compris dans ce mouvement. Ont été promus : Au grade de directeur du service de santé de M. Merlin, médecin en chef; au grade de médecin en chef, MM. les médecins principaux Hyades, Vincent, et Roussel ; au grade de médecin principal, MM. les médecins de 1re classe [illegible], Le Texier, Léo, Miquel et Coquiard; au grade de médecin de 1re classe, MM. les médecins de 2e classe, Crozat, Le [illegible], Durand, Lavet, Branellac et Vinas. Au grade de pharmacien en chef, M. Billaudan, pharmacien principal; au grade de pharmacien principal, M. Lalande, pharmacien de 1re classe, au grade de pharmacien de 1re classe M. Vignoli, pharmacien de 2e classe. Le médecin principal de la marine en retraite [illegible] avec son grade dans la réserve de l'armée de mer.

Faculté de médecine de Lille. — M. Hermann, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des Vacances aux Académies.

Il y a bien longtemps que nous nous sommes demandé pourquoi les Pouvoirs publics tenaient absolument à ce que les corps savants officiels, en particulier l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine — pour ne parler que des Compagnies qui nous intéressent — ne prissent aucunes vacances, alors que le reste de l'Université déambule par monts et par vaux et se promène tranquillement des plages de l'Océan aux flancs des Alpes Bernoises.

Par ces chaleurs torrides, la question se pose à nouveau, toute d'actualité. Et la preuve, la voici, donnée par un grand journal quotidien où, depuis des mois, notre ami Charlier-Tabur mène, d'une façon modérée et sans trop mettre de tros gros points sur de grands I — étiquette oblige —, la même campagne que nous. Lisez, en effet, ce qu'il dit de la dernière séance de l'Institut. N'est-ce point absolument typique ?

Académie des Sciences.

Avant la séance.

« La chaleur est torride. A l'extrémité du Palais de l'Institut, le thermomètre marque, vers trois heures, 35° à l'ombre. Dans la salle des séances, la température, surélevée de plusieurs degrés encore par on ne sait quel phénomène de rayonnement, rivalise agréablement avec celle qui règne sur la place du Carrousel ou le pont des Arts, qui sont, suivant les saisons, chacun le sait, les endroits les plus chauds et les plus froids de Paris. Dix académiciens, sur soixante-dix, assistent à la séance..... La plupart tiennent leur mouchoir à la main et s'épongent mélancoliquement le front, tout en prêtant une oreille distraite à la lecture de la correspondance. »

Même affluence, même température, même importance des communications à la dernière séance de l'Académie de Médecine, comme l'on pourra s'en convaincre à la lecture des comptes rendus... On a passé toute la soirée à adresser des congratulations élégantes à un haut fonctionnaire, que le Ministre de la Marine a jugé bon de remplacer. Or, il est au moins bizarre de voir l'Académie de Médecine, dépendance d'un Ministère quelconque, pleurer dans le gilet d'un retraité d'office du Ministère de la Marine...

S'il doit en être ainsi chaque mois d'août — et tous les ans nous sommes à peu près logés à la même enseigne — mieux vaudrait en finir une bonne fois et décréter tout simplement que les Académies auront au moins, comme certains théâtres subventionnés, un bon mois de vacances, au mois d'août principalement. Ça n'obligerait pas MM. les reporters scientifiques à affronter, sous les vastes coupoles, les effets d'un soleil tropical. Notre maître Sarcey s'en morfondrait peut-être... Encore est-il bien heureux de trouver, pendant la canicule, des plages hospitalières qui donnent un salutaire abri à son cerveau... en ébullition !

D'ailleurs, toutes les autres Sociétés savantes sont en vacances. Ce qui prouve que le savant se repose et doit se reposer, tout comme un mortel vulgaire. Qui plus est, n'y a-t-il pas les multiples Congrès, nationaux ou internationaux, qui tiennent à ce moment leurs assises un peu partout, du fond de l'Ecosse jusqu'à Moscou, pour tous ceux que le désir de parler tracasse !

Si les orateurs qui rendent si attrayantes pendant l'hiver les séances de la Société de Chirurgie ou de la Société de Biologie trouvent utile et agréable de prendre à cette époque de l'année quelques jours de congé, pensez-vous donc qu'ils vont revenir dans la fournaise parisienne pour y toucher le modeste jeton de présence qu'on leur octroie rue des Saints-Pères ou quai Conti? L'expérience a prouvé que non. Lecteurs incrédules, relisez les comptes rendus auxquels nous faisions allusion plus haut.

La plage, la montagne, les stations balnéaire ou thermale sont passées dans nos mœurs ; elles doivent être classées désormais au nombre des habitudes hygiéniques pour tous ceux qui ne vivent que du surmenage de leur cerveau. Or, pour être Immortel rue des Saints-Pères ou quai Conti, on n'en est pas moins homme, susceptible de donner en hiver et au printemps un travail au-dessus de ses forces...

On ne manquera pas d'objecter que le Gouvernement a besoin d'avis éclairés, au mois d'août comme au mois de janvier, et que peu lui importe le degré que marque le thermomètre, etc.; que les Conseils d'Hygiène, eux, ne chôment pas et ne sauraient se reposer en face du spectre cholérique, qui reste dressé à l'hôrizon oriental.

Certes, si les Académiciens devaient nous préserver du fléau, je serais le premier à demander qu'on enfermât dans leurs fauteuils des hommes aussi précieux et qu'on les empêchât de se précipiter dans les bras de Thétis... Mais chacun sait que tel n'est point leur rôle.

Le nôtre était, pour l'instant, de demander qu'on les laissât en liberté pendant un mois au moins. Et si l'allure de cette modeste note, allure prise à dessein, pouvait réussir à attirer sur ce desideratum l'attention des pouvoirs compétents, qui sont, *eux, en vacances officielles*, et ne songent plus sans doute aux choses sérieuses, écrites sérieusement, nous n'aurions pas, tout en plaisantant, perdu notre journée.

En août, Paris se vide et va à la campagne. Que les Académies en fassent autant. Tout sera pour le mieux et la Santé publique et la Science n'en iront pas plus mal.

M. B.

Distinctions honorifiques. — Est nommé *Officier d'académie* pour les colonies : Calmette, médecin de 1re classe des colonies.

Congrès de Zoologie et d'Anthropologie de Moscou (août 1892). — La délégation chargée de représenter le Ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts aux Congrès qui doivent s'ouvrir à Moscou le 13 août prochain est constituée ainsi qu'il suit : MM. A. Milne-Edwards, membre de l'Institut, directeur du Muséum d'histoire naturelle de Paris, président ; le baron J. de Baye, correspondant du ministère ; Emile Carthailhac, correspondant du ministère, directeur de la *Revue d'Anthropologie* à Toulouse; Ernest Chantre, correspondant du ministère, sous-directeur du muséum des sciences naturelles de Lyon ; E. Harmant, G. de Mortillet, professeur à l'Ecole d'anthropologie de Paris, membres.

Crémation. — Parlant de l'assassinat par Henri III du duc de Guise, Michelet (*Hist. de France*, t. XII, p. 237) écrit ceci : « Il rendit l'âme, fut couvert d'un manteau gris, et au-dessus mit une croix de paille. Il demeura bien deux heures durant en cette façon; puis il fut livré entre les mains du sieur de Richelieu, lequel, par le commandement du roi, *fit brûler le corps par son exécuteur* en cette première salle qui est en bas à la main droite en entrant dans le château, et, à la fin, fit jeter les cendres à la rivière. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 juillet 1892. — PRÉSIDENCE DE M. D'ABBADIE.

PAUL BLOCQ et I. ONANOFF. — *Du nombre comparatif, pour les membres supérieurs et inférieurs de l'homme, des fibres nerveux d'origine cérébrale destinés aux mouvements.* — Les numérations ont été pratiquées sur des pièces provenant de sujets atteints d'hémiplégie avec contracture complète remontant à une époque éloignée. — On détermine sur les coupes de moelle : 1° l'étendue du champ de dégénération des faisceaux pyramidal direct et croisé; 2° le nombre des fibres contenues du côté sain dans une aire égale à celle du champ de dégénération; 3° le nombre des fibres demeurées saines dans l'étendue du champ de dégénération. En retranchant ces derniers chiffres des précédents on obtient comme résultat le nombre correspondant aux fibres nerveuses d'origine cérébrale du faisceau pyramidal direct et du faisceau croisé; 4° il suffit d'évaluer par la même méthode le nombre des fibres du faisceau pyramidal au-dessus du renflement cervical, au-dessous de ce même renflement et d'en faire la différence pour connaître le nombre de ces fibres destinées d'une part au membre supérieur, d'autre part à la moitié du tronc et au membre inférieur. — Ces numérations ont été faites dans 3 cas et elles ont donné des résultats très concordants. Il en résulte que les fibres nerveuses d'origine cérébrale destinées au mouvement sont plus nombreuses pour les membres supérieurs que pour les membres inférieurs dans la proportion de 5 pour 1 environ.

Les membres thoraciques auxquels sont destinées un plus grand nombre de fibres nerveuses d'origine cérébrale sont surtout utilisés pour les mouvements intelligents et conscients tandis que les membres inférieurs sont principalement employés pour les actes automatiques qui n'exigent qu'une moindre intervention cérébrale. On s'explique également que les mouvements réflexes sur lesquels on connaît l'influence modératrice du cerveau sont à l'état normal moins développés aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. La même notion nous rend compte de ce fait clinique savoir que dans les hémiplégies cérébrales, le membre supérieur est le plus ordinairement plus fortement atteint que l'inférieur. — De même que les paralysies psychiques sont plus fréquentes en général aux membres supérieurs et s'y montrent plus tenaces que lorsqu'ils occupent le membre inférieur.

Séance du 1er août 1892. — PRÉSIDENCE DE M. DE LACAZE-DUTHIERS.

MM. CHIBRET et HUGUET. — *Examen physiologique de quatre vélocipédistes après une course de 597 kilomètres.* — 1° La température prise entre les cuisses est plutôt au-dessous qu'au-dessus de la normale. 2° Le coefficient d'utilisation de l'azote urinaire varie en raison inverse du degré de fatigue. 3° Ce coefficient est un peu inférieur à la normale pour un individu non fatigué par la course. 4° La fatigue est liée au gaspillage de l'azote. 5° Des quatre sujets examinés : les deux premiers arrivés avaient usé du kola, les deux derniers s'en étaient abstenu. 6° Le premier arrivé a dû probablement son succès à l'énergie anglo-saxonne, aidée par l'alcool et le kola : car son jeune âge et son extrême fatigue ne le désignaient pas comme le vainqueur d'une course de fond de dix-sept heures, avec un train de marche de plus de vingt-deux kilomètres à l'heure.

MM. BERLIOZ et TRILLAT. — *Sur les propriétés du formol ou aldéhyde formique.* — 1° Les vapeurs du formol se diffusent rapidement dans les tissus animaux, qu'elles rendent imputrescibles. 2° Elles s'opposent même en très faibles proportions, au développement des bactéries et des organismes. 3° Elles stérilisent en quelques minutes les substances imprégnées de bacille d'Eberth et de charbon. 4° Les vapeurs ne sont toxiques que quand on les respire pendant plusieurs heures et en grande quantité.

M. HÉDON. — *Greffe sous-cutanée du pancréas; son importance dans l'étude du diabète pancréatique.* — Pour obtenir la greffe du pancréas, le seul procédé pratique consiste à attirer dans la plaie abdominale la portion duodénale du pancréas du chien en respectant les vaisseaux nourriciers. Lorsque la plaie est cicatrisée on peut couper ces vaisseaux sans compromettre la vitalité de la glande. Si, à un chien porteur d'une greffe, on extirpe tout le pancréas qui reste dans l'abdomen, il ne se produit pas de glycosurie. L'extirpation de la greffe faite sans anesthésie en quelques minutes, comme on enlève une tumeur, est suivie d'une glycosurie très intense, qui se développe en quelques heures et persiste jusqu'à la mort de l'animal. Il faut, bien entendu, que l'extirpation du pancréas intra-abdominal ait été rigoureusement totale. Ces expériences de greffe prouvent, d'une façon irréfutable, que le pancréas fonctionne comme glande vasculaire sanguine. V. MORAX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 août 1892. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. BERENGER-FÉRAUD revient sur la question des *tænias de l'homme*. Il essaie d'une tentative de distribution géographique de ce parasite. Le tænia inerme et le tænia armé, le tænia nain et le bothriocéphale se trouvent en Europe. En Asie, le tænia inerme est de beaucoup le plus fréquent. Il est même difficile d'affirmer l'existence du bothriocéphale en cette région. En Afrique, on rencontre surtout le tænia inerme et le tænia armé. En Amérique, on observe à peu près la même distribution. Le bothriocéphale a pourtant été signalé. L'Océanie compte peu de tænias. La fréquence du tænia dépend surtout de l'hygiène et des habitudes des populations. Le tænia armé envahit surtout les peuples qui font usage de viande de porc. Les tænias, en général, se rencontrent surtout chez les peuples qui font peu cuire leurs aliments. L'hygiène des bœufs joue aussi un rôle considérable. Le tænia est particulièrement fréquent chez les bœufs des pays de plaine à sol marécageux. On peut dire en somme: 1° Que la prophylaxie des tænias de l'homme doit être basée sur: la protection des animaux contre les œufs fournis par l'homme; et la protection des hommes contre les larves fournies par les animaux. 2° Faire manger à l'homme de la viande bien cuite. 3° Il suffirait pour garantir les animaux de détruire les œufs contenus dans les déjections humaines.

Procédé opératoire pour l'établissement de l'anus contre nature.

M. CHAPUT. — Pour éviter les inconvénients des sutures perforantes de l'intestin, qui exposent à la péritonite, j'ai imaginé de fixer l'intestin à la paroi par une couronne de pinces hémostatiques. Après incision de la paroi et du péritoine, on attirera l'anse qu'on veut ouvrir, au dehors, et on la fixera avec quatre pinces hémostatiques de chaque coté. Ces pinces saisiront en même temps le muscle, le péritoine pariétal et l'intestin lui-même ou ses appendices épiploïques. On pourra parachever l'occlusion du péritoine par une ou deux sutures aux extrémités de l'incision et badigeonner l'intestin et la plaie avec une solution de chlorure de zinc au dixième. Les pinces seront enlevées au bout de 24 heures. De la sorte, la péritonite est évitée. Le sphacèle de l'intestin n'est pas à craindre si les pinces ne restent pas en place plus de 24 heures.

Traitement chirurgical de certaines ankyloses du poignet.

M. GUERMONPREZ a pratiqué 2 fois la resection de l'extrémité inférieure du cubitus pour ankylose radio-cubitale inférieure. Le premier opéré, âgé de 26 ans, a vu se développer chez lui une pseudarthrose thérapeutique. Il a pu exercer librement à la suite sa profession de bouvier. La

même opération a été aussi particulièrement favorable chez un jeune homme de 16 ans.

M. Guermonprez conclut : 1° Que la résection de l'extrémité inférieure du cubitus suffit à sauvegarder les mouvements de pronation et de supination, si l'ankylose est limitée à l'articulation radio-cubitale inférieure. 2° Que cette opération produit seulement la difformité dite main bote radicale. 3° Que cette résection peut être faite à un double titre, c'est-à-dire primitivement et secondairement.

J. Dauriac.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 29 juillet. — Présidence de M. Desnos.

M. Debove, en son nom et au nom de M. J. Bruhl, lit un mémoire sur la *splénomégalie primitive*. Cette affection est caractérisée par une hypertrophie totale de la rate, par une anémie progressive sans augmentation des globules blancs, sans altération des ganglions lymphatiques. Le début est parfois insidieux, et, dès le premier examen, on constate l'hypertrophie de la rate. D'autres fois, la maladie s'annonce par des phénomènes locaux : pesanteur, gêne, douleur dans le côté gauche, quelquefois même des crises douloureuses analogues aux coliques viscérales et qui sont vraisemblablement l'expression d'une poussée de péritonite circonscrite. Enfin, parfois le début s'accuse par des phénomènes généraux : perte des forces, pâleur, apathie, asthénie, amaigrissement. A la période d'état, la rate est très volumineuse. Elle conserve sa forme ; sa consistance est accrue et sa surface présente de légères inégalités (périsplénite). Le foie déborde de 1 ou 2 travers de doigt le rebord des fausses côtes ; il n'y a ni ascite, ni ictère. L'anémie se traduit par des troubles fonctionnels ordinaires ; l'examen du sang fait constater une hypoglobulie accusée, une diminution considérable de l'hémoglobine ; il n'y a pas augmentation appréciable du nombre des leucocytes. On note souvent des troubles digestifs, tels que diminution de l'appétit, digestions laborieuses, renvois, mais sans douleur et sans vomissements. Toutefois, l'hématémèse a droit à une mention spéciale ; il faut l'expliquer sans doute par une congestion dans le domaine de la veine porte. L'anémie suit une marche progressive, le malade devient de plus en plus pâle et de plus en plus faible. L'état général s'aggrave et le malade tombe finalement dans une cachexie profonde, qui se termine par la mort. La marche de la splénomégalie est en général lente ; l'affection reste limitée à la rate et n'a aucune tendance à se généraliser ; la durée est variable, toujours assez longue, parfois un grand nombre d'années. Le diagnostic doit être fait avec toutes les grosses rates (kystes hydatiques, cancer, paludisme, dégénérescence amyloïde, syphilis, cirrhose du foie). La splénomégalie se rapproche cliniquement de la leucémie, dont un simple examen du sang suffit à la distinguer ; elle se sépare des pseudo-leucémies, des adénies, par l'absence de toute atteinte ganglionnaire, par la lenteur de son évolution. On a décrit sous le nom d'anémie splénique un certain nombre de maladies très différentes les unes des autres par les symptômes, la marche et la nature même des altérations. L'étiologie est totalement inconnue ; la splénomégalie est indépendante de l'alcoolisme, de la syphilis, du paludisme, le sang ne renferme pas de microorganismes. Il s'agit, suivant nous, d'une splénopathie primitive, caractérisée surtout par une hypertrophie fibreuse de l'organe. Dans quelques faits, qui paraissent se rapporter à la splénomégalie primitive, l'ablation de la rate a pu être faite un certain nombre de fois avec succès, nouvelle preuve qu'il s'agit d'une affection locale. Nous prescrivons le régime lacté et l'arséniate de fer.

M. Rendu. — J'ai eu, cet hiver, un malade présentant les symptômes de l'affection décrite par M. Debove. J'ai fait des recherches complètes, examen de sang, cultures, etc., ces dernières ont été stériles. Je ne suis pas tout à fait de l'avis de M. Debove, qui nie les rapports entre la leucocythémie et la splénomégalie. Je me souviens d'avoir vu un malade, porteur d'une grosse rate, sans leucocythémie. Deux ans après je le revis ; son sang contenait un grand nombre de globules blancs. Il me semble que la leucocythémie peut être une complication de la splénomégalie. J'ai observé, depuis huit à neuf ans, un malade atteint de splénomégalie avec blennorrhagies viscérales. Il est mort l'hiver dernier ; il n'a jamais présenté de leucocythémie.

M. Debove. — Tous les leucocythémiques que j'ai vus avaient une grosse rate, mais celle-ci ne donnait pas la sensation que j'ai trouvée dans les cas de splénomégalie primitive. Dans ce dernier cas, la rate est dure, ligneuse.

M. Mathieu. — Strümpell a publié un certain nombre de cas ressemblant à ceux signalés par M. Debove. Les malades présentaient des hémorrhagies nombreuses.

M. Debove. — Strümpell n'a signalé qu'un fait de ce genre.

M. Netter présente un malade atteint de *kyste hydatique du poumon gauche ; pleurotomie faite avec succès par M. Bouilly.* Le diagnostic a été fait en recherchant le bacille de Koch dans les crachats, l'enfant (15 ans) présentant tous les signes physiques de la tuberculose pulmonaire. En examinant ses crachats on trouva des membranes hydatiques. Cette affection est fréquente en Australie. Davies Thomas en a relevé 208 cas où il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale ; il y a eu 113 morts. Sur 133 cas opérés, il y a 31 morts.

M. Sevestre présente à nouveau une enfant atteinte de *tuméfaction des articulations*, chez laquelle il avait porté par exclusion le diagnostic de syphilis héréditaire. Il a donné à la malade de l'iodure de potassium ; il semble que la tuméfaction ait diminué.

M. Sevestre lit une communication sur *le traitement de la pneumonie des enfants par les bains froids* (1).

A. Raoult.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

Séance du 21 juillet 1892. — Présidence de M. G. Gariel.

M. Apostoli lit une *note sur quelques cas de maladies gynécologiques traitées par la méthode du Dr Apostoli*, par le Dr Wadislas Harajewicz (de Cracovie). — L'auteur a appliqué avec beaucoup de succès la méthode du Dr Apostoli sur plusieurs malades, parmi lesquelles il rapporte *trois* observations très concluantes : la première est une tumeur fibreuse de l'utérus adhérente aux parois du bassin ; la seconde est une dysménorrhée compliquée d'antéflexion avec sténose cervicale ; la troisième est une endométrite gonorrhéique avec salpingite consécutive. Toutes ces malades ont été traitées et guéries par la méthode galvanique intra-utérine, ce qui confirme, ajoute l'auteur, l'opinion généralement admise sur les heureux effets du courant électrique continu qui *apaise la douleur, arrête les hémorrhagies anormales, facilite la résorption des produits inflammatoires et enfin guérit, sans douleur et d'une manière facile et durable, les rétrécissements du col avec leurs conséquences sur la menstruation.*

M. Jacksonn (de New-York) présente de *nouvelles électrodes* qu'on recouvre d'une légère couche de plâtre en les trempant rapidement dans du plâtre gâché, couche qu'on peut ensuite imprégner avec différentes substances, telles que l'iodure de potassium, qu'on décompose par l'électrolyse. Il montre, en outre, un rhéostat très sensible qui consiste dans une chambre à parois de caoutchouc remplie de charbon granulé. On comprime ce charbon au moyen d'une vis de pression, et, suivant sa condensation, il laisse passer plus ou moins le courant. Il présente, en outre, un galvanomètre et une seringue permettant d'introduire, par voie hypodermique, un médicament en même temps que le courant.

M. G. Gautier communique de nouvelles *recherches sur l'électrothérapie interstitielle, son outillage et ses applications.* On sait, depuis les travaux de cet auteur, qu'il s'agit de décompositions électrolytiques d'une solution à l'iodure de potassium ou d'electrodes *solubles* en cuivre pur. Ses recherches sur les électrodes en cuivre ont porté : 1° sur l'attaque de ces electrodes par le courant de pile ; 2° sur la non toxicité du sel produit (oxychlorure de cuivre). Par des expériences nombreuses, faites en collaboration avec un chimiste du laboratoire

(1) Voir la publication *in extenso* qui paraîtra sous peu dans le *Progrès médical.*

de l'Ecole polytechnique, M. Favier, il lui a été possible de mesurer, à l'aide de balances optiques, la perte éprouvée par une électrode en cuivre, quand elle est en connexion avec le pôle positif d'une batterie. Cette perte est proportionnelle à l'intensité et à la durée du courant. Le nouveau sel ainsi formé, en contact des tissus, est de l'oxychlorure de cuivre dont la formule = $CuCl, 2\,CuO$. L'auteur a ensuite vérifié sur des lapins l'action d'un hydrate d'oxychlorure de cuivre. A cet effet, des injections intra-musculaires, de plusieurs centimètres cubes d'une solution titrée, ont été faites chez trois animaux qui ont conservé leur état normal plusieurs mois plus tard. Poursuivant ses recherches sur la décomposition électrolytique d'une solution iodurée, il ajoute des conclusions à un travail paru en 1891, disant qu'en même temps que de l'iode libre il se forme de la potasse caustique et une certaine quantité d'acide iodique qui se trouve combiné à la potasse pour former de l'iodate de potasse. M. Gautier montre ensuite un outillage complet pour les applications de l'*électrolyse interstitielle* : tiges, aiguilles, sondes électrodes, etc. Tout cet outillage nouveau, d'une asepsie facile, très peu coûteux, simple à utiliser, contribuera beaucoup à vulgariser le nouveau traitement. Passant enfin aux applications, il dit que c'est surtout en gynécologie qu'il applique cette méthode et qu'il ne connaît pas un procédé meilleur pour obtenir l'arrêt des hémorrhagies. Il se propose d'ailleurs de publier un travail sur ce sujet au mois de septembre. Après avoir rappelé les cas de guérisons rapportés par plusieurs de ses confrères : cancroïde, ozène, etc., il énumère ceux qu'il a publiés antérieurement : actinomycose de la face, arthrite fongueuse, sycosis, et fait part de ceux qu'il a obtenus cette année : fissures à l'anus, scrofulide verruqueuse (rebelle à de nombreux traitements, Dr Pératé), ozène et coryza, papillomes, adénites suppurées. Il termine par la présentation d'un malade âgé de 30 ans, qui, à la suite d'une pleurésie purulente, de nature tuberculeuse (Dr Lancereaux), eut un abcès dans la région latérale droite de la poitrine, occasionnée par la carie de la 10e côte. Ce malade eut cinq hémoptysies et deux abcès cutanés antérieurement. L'abcès fut vidé et à la suite lavé au sublimé. Il se reforma. Plus tard, il fut opéré par l'électrolyse interstitielle à l'iodure de potassium : le pus évacué remplissait un grand bol. Une seule séance de 20 minutes à 30 m. m. amena la guérison. Quatre mois plus tard on trouva, sur la côte autrefois malade, une protubérance osseuse grosse comme un pois.

M. Lacaille a employé plusieurs fois le procédé de M. Gautier et en a obtenu de très bons résultats, sauf dans les fibromes qui saignaient plus qu'auparavant. Aussi, il est revenu à la méthode d'Apostoli.

M. Gautier s'étonne de ce résultat, si le procédé qu'il a décrit a été bien appliqué. Il ne faut pas oublier que les tiges de cuivre sont très adhérentes à la muqueuse utérine et qu'il est impossible de les retirer sans hémorrhagies, si l'on ne prend pas la précaution de faire un renversement du courant. Les applications doivent être longues, 1/4 d'heure non compris le temps du renversement qui doit durer 5 minutes. Les intensités doivent être faibles, 25 à 30 m. m. Il a traité ainsi la malade d'un de ses confrères qui est présent à la séance et a pu arrêter, après la troisième application, des hémorrhagies continuelles qui n'avaient cédé à aucun traitement.

M. Lacaille avoue qu'il a employé un courant de 50 m.m.

M. Delineau a toujours employé avec de très bons résultats la méthode de M. Gautier et, en se servant des renversements, il n'a pas eu d'hémorrhagies.

M. Apostoli rappelle qu'en 1882 il avait essayé des sondes en cuivre et que le platine donne des résultats bien supérieurs, ainsi que le témoigne la thèse Carlet.

M. Gautier fait observer qu'il ne se servait pas de cuivre de dépôts galvaniques, mais de laiton (maillechort) et qu'à cette époque aucun fabricant ne pouvait lui fournir d'électrodes de cette nature. Il ne se produisait donc pas d'oxychlorure, lequel joue à ce qu'il semble, le principal rôle thérapeutique. Il n'y a donc pas lieu de comparer les résultats.

M. Jouslain confirme ces faits en ajoutant que même il y a 4 mois on ne trouvait pas de cuivre pur chez les fabricants.

P. Sollier.

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ DE LA SEINE.

M. Dujardin-Beaumetz a lu son rapport sur les *cas de rage humaine* constatés dans le département de la Seine de 1881 à 1891.

Pendant les onze années qui vont de fin janvier 1881 au 31 décembre 1891, 101 personnes ont succombé à la rage. Ce chiffre se décompose comme suit : en 1881, 21 décès ; 1882, 9 ; 1883, 4 ; 1884, 3 ; 1885, 22 ; 1886, 3 ; 1887, 9 ; 1888, 19 ; 1889, 6 ; 1890, 1 ; 1891, 4. Soixante-quatorze de ces victimes de la rage appartiennent au sexe masculin ; vingt-sept au sexe féminin ; trente-neuf étaient âgées de moins de quinze ans.

Parallèlement au nombre des décès, il convient de donner le nombre des animaux enragés. Voici cette statistique, qui confirme les appréciations de M. Dujardin-Beaumetz : en 1881, 615 animaux enragés ; en 1882, 276 ; en 1883, 182 ; en 1884, 301 ; en 1885, 518 ; en 1886, 604 ; en 1887, 644 ; en 1888, 863 ; en 1889, 367 ; en 1890, 203 ; en 1891, 400.

En ce qui concerne l'Institut Pasteur, bien qu'il ait fonctionné dès 1886, on n'a de chiffres certains qu'à partir de 1887. Voici les chiffres donnés par le rapporteur :

Du 1er janvier 1887 au 31 décembre 1891, c'est-à-dire pendant cinq ans, 1,224 personnes habitant le département de la Seine ont été traitées à l'Institut Pasteur. Il y a eu 12 décès, malgré le traitement, ce qui donne une mortalité totale de 0,89 pour 100.

Voici comment se répartissent ces différents chiffres : En 1887 : personnes traitées, 306 ; personnes ayant succombé, 3 ; mortalité, 0,97 0/0. En 1888 : personnes traitées, 386 ; personnes ayant succombé, 5 ; mortalité, 1,29 0/0. En 1889 : personnes traitées, 236 ; personnes ayant succombé, 3 ; mortalité, 1,27 0/0. En 1890 : personnes traitées, 95. En 1891 : personnes traitées, 201. La mortalité, qui avait été en 1887-88-89 de 0,97, de 1,29 et de 1,27 0/0, est tombée à zéro en 1890 et 1891.

Ces chiffres ne concernent que le département de la Seine. La statistique générale des cas traités à l'institut Pasteur montre qu'en six ans (1886 à 1892) 11,029 personnes y ont été traitées et que 98 personnes sont mortes malgré le traitement ; la mortalité est donc en moyenne de 0,88 0/0. En 1891, elle est descendue à 0,51 0/0, et encore, parmi les personnes traitées, plusieurs ne l'ont été, par suite de circonstances exceptionnelles, que d'une façon intermittente, et quelques-unes très longtemps après la morsure. La mortalité chez les personnes mordues par des animaux enragés et non soumises au traitement pastorien varie entre 13 et 16 0/0. Comme on l'a vu plus haut, 201 personnes ont été traitées en 1891 également à l'Institut Pasteur. Aucune de ces personnes n'a succombé.

M. Dujardin-Beaumetz a terminé son rapport en préconisant avec énergie l'emploi des mesures répressives contre les chiens errants. Il a conclu en présentant les vœux suivants :

1° Appliquer avec rigueur la loi du 21 juillet 1881 et le décret du 22 juin 1882 sur la police sanitaire des animaux ; 2° Tenir la main à ce que l'article 10 de cette loi, qui exige l'abatage des chiens enragés et suspects de rage, soit sévèrement observé ; 3° Exiger le port obligatoire de la laisse ou de la muselière ; 4° Réclamer près des pouvoirs publics une loi généralisant cette dernière mesure à toute la France.

M. Alexandre, vétérinaire départemental, chef du service des épizooties, a fait son rapport annuel sur les *maladies contagieuses des animaux* visés par la loi du 21 juillet 1881, et qui ont régné dans le département de la Seine pendant l'année dernière.

1° *La Rage.* — 1,746 morsures d'animaux à l'homme ont été dénoncées à la préfecture : 1,595 par le chien ; 7 par le chat ; 144 par le cheval. 143 morsures ont été faites par des animaux dont la rage a été constatée par des vétérinaires, soit pendant la vie, soit après la mort ; 139 par le chien ; 4 par le chat. 400 cas de rage ont été constatés chez des animaux ayant ou non mordu : 390 sur le chien ; 9 sur le chat ; 1 sur le bœuf. 753 animaux ont été abattus après avoir été mordus ou en contact avec les enragés : 708 chiens, [illegible]0 chats, 1 chèvre, 2 vaches, 2 porcs. 5,4[illegible]8 chiens errants ont été conduits à la fourrière ; 5,154 ont été sacrifiés. Sur ce nombre, 13[illegible] chiens avaient fait des morsures ; 14 ont été reconnus enragés. Trois personnes ont succombé à la rage en 1891, dans le département de la Seine. Si on compare la statistique de la rage en 1890 et en 1891, on constate une notable

recrudescence. En 1890, 201 cas de rage ont été signalés; en 1891, 400 cas ont été relevés. Le chiffre a donc doublé. En 1890, 1,304 personnes mordues ont été signalées à la préfecture. En 1891, 1,505 personnes mordues ont été signalées. En présence de cette recrudescence qui s'affirme davantage encore pendant les premiers mois de l'année 1892, on a le devoir de faire appel à l'administration et de réclamer avec instance l'application rigoureuse des articles 51, 52, 53, 54 du décret du 22 juin 1882.

2° *La péripneumonie.* — M. Alexandre estime qu'il n'existe qu'un moyen d'enrayer la marche de la péripneumonie; c'est l'inoculation obligatoire. Mais avant d'arriver à cette mesure radicale, l'administration fait procéder à l'expérimentation du système de l'inoculation préventive et facultative: 2,587 animaux ont été inoculés dans les 169 établissements de nourrisseurs envahis par la maladie (69 dans Paris, 38 dans l'arrondissement de Sceaux, 62 dans celui de Saint-Denis). 639 sont morts, dont 394 après l'inoculation. Ces 639 animaux représentent une valeur de 392,275 fr.

3° *La morve* — 66 établissements ont été envahis par la morve: 1,298 animaux ont été contaminés et 145 animaux reconnus atteints de la maladie ont été sacrifiés. Ils représentaient une valeur de 60,575 fr. M. Alexandre estime ces chiffres au-dessous de la vérité à cause des abatages clandestins. Aussi demande-t-il le rétablissement du clos d'équarissage départemental où, de même que dans les abattoirs, les cadavres des animaux seraient soumis à l'examen d'un inspecteur vétérinaire. Deux personnes ont succombé à la morve pendant l'année 1891.

4° *La tuberculose bovine* a été reconnue dans quarante-cinq étables et a entraîné l'abatage de quarante-six animaux, d'une valeur de 23,380 fr. En estimant à 20,000 (chiffre rond) le nombre des vaches laitières qui composent les étables du département de la Seine, on voit que la proportion des tuberculeuses serait d'environ 2 pour mille.

Le rapporteur se croit donc autorisé à déclarer qu'il est impossible de faire peser sur le lait et la chair des animaux consommés les nombreux décès qu'entraine la tuberculose humaine dans le département de la Seine. Il est d'autant plus fondé à soutenir cette opinion qu'il est démontré que le lait n'est contaminé qu'autant que les glandes mammaires sont elles-mêmes infectées; or, nous n'avons pas relevé un seul cas de tuberculose des mamelles; d'autre part, la chair des animaux dont la tuberculose est généralisée n'est pas livrée à la consommation.

5° *La fièvre aphteuse* a été constatée le 1er janvier 1891 dans une vacherie du 19e arrondissement. Ce cas a été la dernière expression de l'invasion de 1890. La maladie a été bénigne et aucun animal n'a succombé.

6° *Le charbon bactéridien* est apparu dans une étable de Boulogne et n'a fait qu'une victime.

7° *Le charbon bactérien* a frappé sur une étable de Saint-Ouen. Il n'y a qu'une victime.

8° *La pneumoentérite du porc* a été constatée dans les cinq communes de Boulogne, Nanterre, Ivry, Gentilly et Villejuif; elle a envahi cinq établissements contenant 99 animaux: 32 ont succombé à la maladie.

Comme *conclusions* le chef du service des épizooties a présenté les vœux suivants:

1° Toutes les maladies devant être éteintes sur place et leur dissémination empêchée par l'application des lois et règlements, il importe, pour obtenir ce résultat, de renforcer le service des épizooties; 2° En ce qui concerne la rage, l'application rigoureuse et permanente de la loi de 1882; 3° En ce qui concerne la morve, le rétablissement de clos d'équarrissage départementaux, la suppression des abattoirs hippophagiques particuliers; 4° En ce qui concerne la péripneumonie, la tuberculose, le charbon, la fièvre aphteuse, le rouget, la pneumoentérite, etc., la création d'abattoirs publics dans les communes suburbaines qui entraine la suppression des abattoirs particuliers.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Offret, docteur ès sciences, maître de conférences de minéralogie à la Faculté des sciences de Lyon, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours complémentaire de minéralogie à ladite Faculté.

Faculté des sciences de Caen. — M. Gossart, docteur ès sciences, professeur au lycée de Caen, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, maître de conférences de physique, à la Faculté des sciences de cette ville.

Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse. M. Rémond, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de maladies mentales à ladite Faculté. — M. Hermann, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, à partir du 1er novembre 1892.

REVUE D'HYGIÈNE

I. — **Cours d'hygiène pratique**; par le Dr Balestre (Paris, librairie Delaplane).

II. — **Précis d hygiène appliquée**; par le Dr Richard (Paris, Doin, 1891).

III — **Sur les agents et les méthodes de désinfection**; par le Dr Geppert (de Bonn). Paris, Hinrichsen, 1891 (traduit de l'allemand).

IV. — **Les animaux parasites introduits par l'eau dans l'organisme**; par le Dr R. Blanchard, 1890.

V. — **Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique**; par le Dr Rochard (Tome troisième, Lecrosnier, 1891).

VI. — **Rapport sur les maladies épidémiques observées en 1888** (Conseil d'hygiène publique et de salubrité).

VII. — **La coqueluche à Paris et sa prophylaxie** (Conseil d'hygiène publique. Rapporteur, M. le Dr Ollivier).

VIII. — **Précis d'hygiène publique**; par le Dr Bédoin (Baillière, 1891).

IX — **Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique** (tome troisième, 4e fascicule, Lecrosnier, 1891).

X. — **Les substances alimentaires étudiées au microscope, surtout au point de vue de leurs altérations**; par M. Macé (Baillière, 1891).

I. — Dans ce livre, destiné à un public non médical, l'auteur a cherché à bien mettre en lumière le rôle préservatif de l'hygiène, et, en pénétrant l'instituteur de ses devoirs envers la santé des élèves, lui donner le moyen de les remplir. L'auteur a donné une large part à l'hygiène scolaire, à l'école et à la classe, ainsi qu'aux maladies de l'enfance au point de vue scolaire.

II. — Ce traité d'hygiène appliquée est un livre de technique hygiénique qui permettra d'éviter des tâtonnements inutiles et coûteux: « Le médecin doit posséder à fond les ressources de la technique hygiénique, comme il doit connaître son arsenal chirurgical ou sa thérapeutique. En faisant cela, il ne se substitue pas plus aux ingénieurs, ni aux constructeurs, qu'il ne s'est substitué aux pharmaciens ou aux fabricants d'instruments de chirurgie: il doit vivre avec les uns et les autres dans une collaboration et un échange de vues constants. » Puisque les ingénieurs et les constructeurs sanitaires se familiarisent avec les causes des maladies, avec les découvertes de la bactériologie, n'est-il pas utile aux médecins de se pénétrer des ressources de la technique? Le médecin trouvera dans ce livre de précieux renseignements techniques.

III. — Après avoir essayé différents agents de désinfection, le Dr Geppert (de Bonn) s'arrête au chlore qui détruit la virulence charbonneuse en peu de secondes; de plus il offre la meilleure garantie pour un nettoyage parfait. Ce travail serait plus intéressant et plus scientifique si l'auteur y avait mis moins de parti pris; il n'a pas cru devoir citer une seule expérience faite par des auteurs français.

IV. — On trouvera dans cette étude de très intéressantes descriptions de parasites et les règles à suivre pour éviter l'introduction de ces parasites dans l'organisme.

V. — Le troisième fascicule de l'encyclopédie d'hygiène vient de paraitre et comprend l'étude des habitations.

VI. — Le rapporteur, M. le Dr Lagneau, montre que, en 1888, les décès par maladies épidémiques ont été très peu nombreux, excepté ceux déterminés par la diphtérie. On trouvera dans ce rapport les tableaux et les courbes de mortalité du département de la Seine.

VII. — M. Ollivier montre les causes de contagion de la coqueluche, l'installation défectueuse des hôpitaux à ce sujet et insiste sur la désinfection des pièces habitées par les coquelucheux.

VIII. — Dans son traité l'auteur a eu spécialement en vue les divers Conseils, Comités et Commissions d'hygiène ou de salubrité publique de province, généralement mal au courant de toutes ces questions ainsi que ceux des professeurs de l'enseignement secondaire auxquels le plan d'études du 12 août 1890 prescrit des conférences d'hygiène.

IX. — Le quatrième fascicule du tome trois vient de paraître. Il contient l'étude « des habitations ».

X. — Il est du devoir des pouvoirs publics de veiller de près à la qualité de l'alimentation et de prémunir les populations contre les accidents causés par la mauvaise nature des substances alimentaires : l'étude des produits alimentaires au microscope joue un grand rôle dans cette importante question et le livre du Dr Macé vient donner la solution des principales questions. De nombreuses figures accompagnent les descriptions. C'est un livre très intéressant à recommander aux médecins, aux chimistes et à tous ceux qui chercheraient à falsifier les produits alimentaires.

CORRESPONDANCE

CONGRÈS D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE (*fin*).

LETTRE V (1).

Le 11 août après-midi s'est tenue la séance du Congrès d'Anthropologie, en présence du roi Léopold.

Après l'exposé de l'étude de M. DENIS, de Bruxelles, sur les variations de la matrimonialité, natalité, criminalité, en rapport avec les oscillations de prix du blé et des denrées premières, M. TARDE a lu son travail sur les crimes des foules.

A l'inverse de l'individu attaquant la société, il se peut que ce soit l'individu qui ait à se défendre d'une collectivité. Un groupe social peut, en effet, être criminel. Les foules accomplissent des crimes et, d'autre part, ont des élans dont pas un de leurs membres ne serait capable ; elles peuvent être tour à tour héroïques et féroces ; les doutes individuels deviennent par imitation une intense conviction collective. De là la nécessité de distinguer les meneurs des menés au point de vue des responsabilités.

A ce propos, M. DEXTEREFF, de Saint-Pétersbourg, rend compte de la psychologie des foules qu'il a eu l'occasion d'étudier, à Astrakhan, lors des troubles suscités il y a quelques mois par l'apparition du choléra.

A quatre heures, le Roi a fait son entrée.

M. MAGNAN, président, prononce une allocution de bienvenue. Le débat reprend sur les crimes des foules.

M. PAUL GARNIER vient prendre la défense des collectivités qui, si elles ont pu commettre des crimes, ont bien souvent aussi accompli des actes d'héroïsme et de justice sociale. Il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait des meneurs, l'unanimité peut réaliser, par la tendance commune, une direction anonyme inconsciente vers un but déterminé. A ce point de vue, M. Tarde compare certaines foules aux polypiers.

L'avant-dernière journée (vendredi) a été consacrée, le matin, à l'audition du travail de M. P. GARNIER sur la fréquence des erreurs judiciaires et les condamnations hâtives de malades qu'on est, aussitôt après, forcé de renvoyer à l'asile.

Il conclut à la nécessité d'un service rapide d'examens médicaux dans les prisons préventives pour mettre en garde le magistrat contre ces erreurs, que les charges lourdes du tribunal des flagrants délits ne lui permettent pas l'appréciation, en raison du temps insuffisant consacré aux interrogatoires.

M. HERMANT (de Malines) rappelle qu'en Belgique les tribunaux militaires ne prononcent que sur la vue d'un rapport médical établissant l'intégrité mentale du prévenu.

M. OTELET (de Bruxelles) réclame l'emploi, aux dossiers juridiques, de feuilles de renseignements sur l'état mental. Il soumet à l'Assemblée un questionnaire dressé par la Conférence du barreau de Bruxelles.

M. NACKE (de Leipsick) vient protester contre l'assertion de certains journaux français qui l'ont représenté comme hostile à la science française, il n'en est rien ; la vraie science ne connaît pas les distinctions de nationalités (Applaudissements). La question des incorrigibles est ensuite mise en discussion.

Lecture est d'abord donnée des rapports préparatoires de MM. ALIMENA, de Naples, THIRY, de Liège, MAUS et VAN HAMEL, d'Amsterdam.

Le rapport de M. Van Hamel porte sur « les mesures applicables aux incorrigibles et l'autorité apte à en fixer le choix. »

(1) Voir le *Progrès médical*, n° 33.

Pour lui, le principal indice de l'incorrigibilité est la récidive ; contre le récidiviste, la pénalité prend essentiellement le caractère de défense sociale. Pour ces incorrigibles, on peut préconiser la détention indéterminée avec délibérations périodiques et toute latitude d'appréciation laissée à l'autorité compétente : cette dernière doit être l'autorité judiciaire.

Pour M. ALIMENA on peut ramener à trois les mesures à prendre : 1° Emprisonnement prolongé et augmenté en proportion des récidives. 2° Pour les petits délinquants, abolition de courts emprisonnements et remplacement par le travail obligatoire, soit dans des colonies intérieures, soit à l'aide de compagnies de travail. 3° Relégation au-dessus d'un maximum de récidives.

M. THIRY, bien que reconnaissant la légitime défense sociale, croit à l'amendement et veut le faciliter par le développement de l'œuvre du patronage et de la surveillance des condamnés libérés.

M. MAUS croit que les mesures à prendre à l'égard des récidivistes endurcis doivent tendre d'abord à les mieux connaître ; à renvoyer dans les prisons-asiles ceux dont la récidive relève d'une cause pathologique ; à augmenter progressivement la pénalité jusqu'à perpétuité pour les crimes et délits graves ; enfin à rendre la répression plus subjective en l'appropriant, dans un but d'amendement, à l'état du sujet et à la nature de la délinquence. C'est essentiellement à l'administration pénitentiaire qu'il attribue l'importante mission de régler les étapes du régime progressif.

Il assigne un rôle important aussi à l'action préventive, qui peut combattre les causes sociales de la récidive (dégénérescence, alcool, prostitution, misère, etc.). Ces causes ressaisissent à la sortie la plupart de ceux qu'on espérait avoir amendés.

M. le Dr LEGRAIN, médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise), distingue entre les incorrigibles socialement responsables et punissables et les incorrigibles pathologiques qui rentrent dans la catégorie des fous moraux. Il recommande l'étude de l'incorrigibilité chez l'enfant, spécialement chez l'enfant arriéré, et résume les observations qu'il a faites à ce point de vue pendant cinq années comme directeur de la colonie des enfants arriérés de Vaucluse.

Le principal mobile qu'il ait constaté c'est l'entraînement, l'exemple, la contagion. Aussi conclut-il à la nécessité de faire intervenir le milieu ambiant pour amender l'incorrigible. Il y a aussi les instinctifs, les obsédés, les impulsifs, tous récidivistes. Si l'on serre l'analyse de ces divers motifs, on classera les enfants comme les adultes en fous moraux et en démoralisés. Ces derniers sont seuls curables. Il faut les tirer de leur milieu habituel et les traiter dans un asile spécial, moins comme des coupables que comme des malades, avec la plus grande douceur. Contre le milieu familial, il faut agir par la déchéance paternelle dans le cas d'indignité. Quant au fou moral, il ne voit pas plus les choses que le daltonien ne voit les couleurs.

Cette communication fort intéressante est écoutée avec beaucoup d'attention ; elle se termine au milieu des applaudissements de toute l'assistance.

M. CHARPENTIER, médecin aliéniste de Bicêtre, explique que la valeur de l'asile-prison dépendra tout entière du règlement qui y sera appliqué, et il présente à ce sujet quelques observations pratiques. Il montre par exemple que le transfert de l'asile ordinaire à l'asile-prison et vice versa aura des inconvénients administratifs et financiers qui n'existent pas quand le quartier de sureté est annexé à l'asile ordinaire.

M. GIRAUD, directeur de l'asile public d'aliénés de Saint-Yon, admet l'asile-prison, sauf le terme, pour les aliénés dangereux, mais il voit un inconvénient à les confondre avec les condamnés aliénés quels qu'ils soient.

M. SEMAL. — Le projet Le Jeune répudie le mot d'asile-prison pour adopter celui d'asile spécial.

M. MOTET a pu constater au cours de sa carrière médico-légale la nécessité de l'asile spécial ; il rassure M. Giraud en expliquant que cet asile sera réservé aux violents, aux aliénés dangereux qui troublent les pensionnaires des asiles « aux portes ouvertes », suivant l'expression de M. Giraud.

M. BENEDIKT indique une question à poser au prochain Congrès : les rapports de la folie morale avec la répression et l'organisation des prisons-asiles.

M. OTLET résume le débat et se félicite de l'unanimité qui le caractérise. Il reconnaît avec M. Charpentier l'importance du règlement et aussi celle du personnel.

Le pèlerinage à Mons a été fort intéressant. Un grand nombre de membres du Congrès y ont pris part. Reçus à la gare par M. le bourgmestre Sainctelette, qui les a harangués au nom de la ville en glissant dans son speech quelques considérations d'économie municipale sur le régime des asiles comparé au régime pénitentiaire, ils ont pris un tramway spécial qui les a menés en une demi-heure à l'Asile par les nouveaux Parcs des anciennes fortifications.

On était à l'Asile vers 3 heures 1/2, et les congressistes se sont répartis en différents groupes pour visiter, sous la conduite des médecins, les trois sections de cet important établissement de l'Etat, celle des agités, celle des demi-agités et celle des tranquilles. Des cas fort curieux ont été exposés aux spécialistes du Congrès, qui ont trouvé là des occasions nouvelles d'étudier les dégénérescences mentales.

Puis on s'est réuni dans une grande salle, la salle des concerts et spectacles de l'Asile. Un lunch y était servi pour 150 personnes. Au fond de la salle une scène, et sur cette scène des malades qui ont chanté et déclamé des chœurs et des poésies de circonstance. Chœurs et poésies, tout a été dit cependant, sinon avec beaucoup d'expression, du moins avec une justesse et une verve qui ont soulevé d'unanimes applaudissements.

Au nom des délégués étrangers, M. le Pr Benedikt, de Vienne, a félicité le directeur de l'Asiledes folles, M. le Dr Semal, de l'admirable organisation de l'établissement, de son aménagement ingénieux où se trahissent à chaque instant les intentions et les trouvailles du spécialiste et du philanthrope. « Jamais, a dit M. Benedikt, je n'ai respiré dans un Asile une plus profonde sensation de paix. C'est là un point capital. Mais il est un compliment que je ne puis adresser à notre savant président ; je ne puis le féliciter du rôle important assigné à la plante, à la fleur dans l'ornementation et la vie même de l'Asile. L'éloge appartient tout entier à Mme Semal et à ses filles, qui s'occupent des pensionnaires avec autant de zèle et do dévouement que le directeur lui-même. On sent qu'on est ici au milieu d'une famille qui vit pour les aliénées et se consacre avec une noble et touchante passion de charité à l'amélioration de leur sort. » Pour finir, M. Benedikt a porté un toast intime et affectueux à toute cette famille, acclamée par tous les assistants.

Après avoir remercié l'orateur au nom des siens, M. Semal a reporté sur ses collaborateurs les félicitations qui lui avaient été adressés, sur les médecins qui le secondent, sur tout le personnel de l'Asile, et particulièrement sur son personnel religieux, dont le dévouement est infatigable. Il a porté un toast très applaudi à la Mère Josepha, supérieure des sœurs de l'Asile.

Après le lunch on est descendu dans la grande cour de l'Asile pour prendre le café. Un orchestre y était installé, et aux fenêtres latérales, comme autour des barrières drapées aux couleurs nationales, les folles écoutaient le concert et prenaient ainsi part à la fête offerte aux membres du Congrès. Telle était leur gaieté que les rythmes de la symphonie les ont induites en tentations dansantes, autorisées par les sœurs.

Toutes celles qu'on interrogeait se déclaraient contentes de la vie qui leur est faite à l'Asile. Si bien que, partis pour Mons avec une inconsciente appréhension, les membres du Congrès ont senti se dissiper toutes leurs inquiétudes. Nous n'irons pas jusqu'à prétendre qu'ils aient envié le sort des colloquées, mais le temps passé au milieu d'elles leur a paru court, et ils ont rapporté de l'Asile de Mons des impressions sereines.

On était rentré à Bruxelles vers 9 heures 1/2, et plusieurs membres du Congrès ont parcouru la foire du boulevard du Midi, qui leur avait été signalée comme une institution bruxelloise absolument folle.

Les séances de la dernière journée du Congrès (samedi) ont été consacrées à l'étude des inversions génitales au point de vue médical et criminologique et aux applications de l'anthropométrie en droit criminel.

Le rapporteur sur la première question, M. HUBERT, conclut à ce que les invertis génitaux soient soumis avant toute procédure à l'examen du médecin.

Le médecin seul a compétence pour décider si le prévenu est un aliéné irresponsable, à colloquer dans un hospice où l'on peut essayer de le guérir, ou un vicieux et un criminel à envoyer aux juges.

Pour le vicieux ou le vicié il demande la sévérité ; l'inverti doit être mis hors la société et placé au rang de la bête dont il a pris le caractère, parce qu'il déshonore l'espèce et devient dangereux.

Plusieurs orateurs plaident la nature constamment pathologique de ces cas, en particulier M. PLOIX et M. MAGITOT (de Paris), qui attribue de nombreux cas d'inversions à des anomalies dans l'évolution embryologique des organes de Wolff. Ces cas sont tératologiques ; il y a là des victimes et non des coupables.

M. DE RYCKERE, de Bruges, résume son rapport sur le système Bertillon. Il rend compte des extensions qu'il a reçues. Le système fonctionne en France, Tunisie, Russie, Etats-Unis, République Argentine. La question est à l'étude en Belgique. Le rapporteur espère que le système y sera bientôt appliqué.

La dernière séance s'ouvre à deux heures et un quart sous la présidence de M. SEMAL.

M. le Pr HEGER, vice-président, chargé par le président de résumer les travaux du Congrès, s'acquitte de cette tâche difficile en mettant en lumière les points saillants des débats, et sans prétendre à une Encyclopédie qui, si elle était réalisable, constituerait l'anthropologiste-criminel-né. (Sourires). On nous excusera de ne pas résumer ce résumé, après avoir publié un compte rendu de ce Congrès. Non pas qu'il y ait double emploi. Notre travail est une analyse ; celui du Dr Heger est une synthèse, et il y faut louer, avec beaucoup d'adresse et de tact, avec une compétence beaucoup plus générale qu'il ne plaît à la modestie du rapporteur d'en convenir, un mérite de forme : le procès-verbal évité ; l'art de la composition qui fait place à tous les noms et à toutes les idées en esquivant la sécheresse de l'énumération ; enfin une conciliation des plus heureuses entre la justice rendue à toutes les bonnes volontés et l'affirmation catégorique d'une tendance précise, prête à toutes les réserves et à toutes les tolérances, sans aucune abdication ; conciliation sur les principes ; pas de conciliation sur la méthode. C'est un morceau très réussi en son genre que ce rapport, éloquent et savant hommage rendu au Congrès et à son œuvre. Le Dr Heger est reconduit de la tribune à sa place par une triple salve d'applaudissements.

M. le baron de RENZIS, ministre d'Italie à Bruxelles, délégué officiel du gouvernement italien, exprime au Congrès la sympathie de ce gouvernement pour son œuvre d'humanité et de progrès social. Il regrette plus que personne l'abstention des représentants de l'école italienne, qui n'est pas morte... ; ils l'auraient prouvé par leur vitalité propre. Cette école se compose de travailleurs modestes mais nombreux, qui ne demandent qu'à travailler à la conquête de la vérité. Qu'importe si, dans l'ardeur du combat, quelques soldats restent sur la brèche, quand la victoire est à la science. (Applaudissements).

L'orateur remercie tous les orateurs qui ont parlé avec respect des fondateurs de l'école italienne, premiers pionniers de la science anthropologique, tout le monde le reconnaît. Il fait des vœux pour que bientôt vienne le jour où l'Anthropologie criminelle prendra place dans le Code pénal. Ce jour-là tous ceux qui ont été blessés dans la campagne béniront leurs blessures, car chacune d'elles marquera une étape de progrès social. (Applaudissements chaleureux et répétés).

Le Congrès adopte ensuite une série de vœux.

Le Congrès décide que sa 4e session aura lieu à Genève en 1896.

M. LADAME remercie au nom du Conseil d'Etat de Genève et du Conseil fédéral.

M. WILSON, délégué américain, rappelle l'invitation de Chicago.

Ce sera une réunion spéciale.

Tous les membres du Congrès sont engagés à s'y rendre.

Des remerciements sont votés au comité d'organisation et au bureau.

M. le Dr SEMAL prononce le discours de clôture : Le Congrès de Bruxelles est une éclatante victoire pour l'Anthropologie criminelle, et une victoire sans victimes. Les précédents Congrès avaient célébré les fiançailles de l'Anthropologie et du Droit ; leur union définitive s'est accomplie à Bruxelles. (Bravos).

L'honorable président remercie tour à tour le Roi, le ministre de la justice, les savants, les délégués des gouvernements étrangers. Vous pourrez, dit-il à ces derniers, recommander à vos gouvernements les conclusions de l'anthropologie, puisqu'elles n'ont qu'un but : la justice par la science et la philanthropie. (Applaudissements prolongés).

La séance est levée à 4 heures.

La 3e session du Congrès est close. Dr MARIE.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Gynécologie (2e édition). Fasc II ; par S. POZZI. — Librairie Masson, Paris, juin 1892.

Le deuxième fascicule de la 2e édition du Traité de Gynécologie de M. S. Pozzi vient de paraître. Nous n'analyserons pas à nouveau un tel volume qui a été traduit, on peut le dire, dans toutes les langues qui servent à écrire des ouvrages de médecine. Nous avons été étonné de ne pas lire dans la préface qu'il en avait été publié une traduction russe — n'est-ce pas le moment ou jamais, — mais cela tient sans doute à ce que l'auteur n'a pas cru devoir mentionner ce détail, ou à ce que les étudiants russes, instruits, lisent aussi facilement les ouvrages édités dans notre langue que ceux qui sont écrits dans leur idiome national. Quoi qu'il en soit, il y avait longtemps qu'un traité classique n'avait eu un tel succès et tout porte à croire que la deuxième édition, revue avec grand soin, ne restera pas au-dessous de son aînée.

On trouvera, dans ce deuxième fascicule, tout ce qui a trait au traitement des déplacements utérins, la description des maladies des ovaires et des trompes, une étude très soignée des opérations exécutées sur le périnée, enfin un chapitre sur les malformations. Il serait fastidieux d'insister davantage sur ces différents points, connus aujourd'hui de tous nos lecteurs, puisqu'ils ont tous cet ouvrage entre les mains. Nous ne pouvons qu'engager ceux qui ne l'ont pas encore à se procurer cette deuxième édition, mise au courant de la science avec une méthode, un soin et une exactitude, qu'on voudrait rencontrer dans des livres plus classiques encore et plus importants. Marcel BAUDOUIN.

Le sang, son mouvement rotatoire dans les grosses artères ; par ROSENTHAL. San Francisco, 1892.

L'auteur de cette brochure établit, à l'aide de la mécanique, que le sang, dans les gros vaisseaux, ne progresse pas seulement dans la direction de l'artère qui le contient, mais qu'il possède aussi un mouvement de rotation ou de spirale, suivant un axe parallèle à l'axe longitudinal du vaisseau. Ce mouvement est dû à l'action de la force centrifuge, et il est surtout marqué dans l'aorte et l'artère pulmonaire dont les valvules sont disposées précisément en vue de sa production. A. PILLIET.

Le micro-organisme de la nitrification et l'ostéomalacie, par Michel PETRONE (*Riforma medica*, juillet 1892).

L'auteur attribue l'ostéomalacie, qu'il considère comme une maladie infectieuse à la présence dans le sang du micro-organisme de la nitrification Il en arrive naturellement à indiquer comme moyens spécifiques et rationnels de guérir la maladie ceux qui tuent le microbe. L'expérience a montré que le chloroforme est tout à fait désigné pour cela. C'est donc à cet agent et à ses succédanés plus faciles à manier, le chloral par exemple, que l'on devra s'adresser. A. P.

VARIA

Le Choléra en Russie et en Asie.

Rien de bien spécial à noter en ce qui concerne l'épidémie cholérique qui continue à sévir en Russie et en Asie. Toutefois l'amélioration que nous signalions la semaine dernière continue d'une façon très nette, en Russie tout au moins. Le professeur Virchow qui prend, en ce moment, part aux travaux du Congrès anthropologique de Moscou, se rendra, dès que ces travaux seront terminés, dans les régions de la Russie qui sont visitées par le choléra et y étudiera la marche de la maladie.

I. — *La marche du choléra.*

On vient d'établir d'après des renseignements officiels que le nombre des personnes mortes du choléra en Russie, depuis l'apparition de la maladie jusqu'au 20 juillet, 1er août, s'est élevé pour tout l'empire à 25,000 environ Les régions les plus éprouvées ont été le Caucase, où il y a eu 7,887 décès, et la province d'Astrakhan, où l'on a compté 4.416 décès ; viennent ensuite le Donets, où le choléra sévit actuellement avec le plus de violence, la province transcaspienne, les provinces de Saratov, Samara, Simbirsk et Nijni-Novgorod. Les autres gouvernements où des décès se sont produits sont ceux de Cazan, Viatka, Orenbourg, Perm, Voronej, Poltava, Penza, Tambov, Tamsk et Kharcov, où il y a eu en tout 889 décès.

Le 6 juin dernier il y a eu à Saint-Pétersbourg 44 cas de choléra et 9 décès. La moyenne des cas de choléra dans toute la Russie s'élève quotidiennement à environ 8,000 malades et à 4,000 décès. La mortalité est surtout considérable dans le Caucase. Le choléra a fait son apparition en Tauride : il y a eu, le 15 aout, à Berdiansk et dans ses environs, 16 cas et 6 décès. Le 14 août, il n'y a pas eu de cas de choléra à Kharkov ni de décès à Astrakhan ; il y a eu, ce même jour, à Moscou, 15 cas et 6 décès. Dans le Donets, il n'y a pas encore d'amélioration sensible.

Les avis officiels de Nijni-Novgorod portent que le choléra va s'éteignant. Les cas sont moins fréquents chaque jour, et la mortalité devient insignifiante.

Il y a eu le 15 août, à Nijni-Novgorod, 28 cas de choléra, 12 décès. Les hôpitaux se vident, la plupart des baraquements vont être supprimés. Le docteur Anrep, ayant terminé sa mission, est rentré à Saint-Pétersbourg. La foire ne présente encore aucune animation ; on signale, cependant, depuis quelques jours, de nombreux acheteurs du bas Volga. On s'attend, en raison des bonnes récoltes et de la diminution de l'épidémie, à une reprise des affaires vers le 10/22 août.

La Commission sanitaire a décidé que les deux lazarets flottants, étant superflus, seraient supprimés. Le personnel médical et sanitaire est en partie licencié. L'hôpital récemment organisé par la municipalité pour les cholériques est également considéré comme devenu inutile et va être affecté à d'autres usages.

II. — *Les troubles dûs au choléra.*

On signale sur plusieurs points de la Russie, entre autres dans les gouvernements de Nijni-Novgorod et de Saratov, des troubles nouveaux. Les bruits ridicules qui ont produit les émeutes de juin continuent à circuler. Les journaux russes donnent des relations curieuses sur les incidents auxquels ces bruits donnent naissance.

A Bogorodsk gouvernement de Moscou, la dernière assemblée du village a été des plus tumultueuses ; le chef cantonal ayant proposé l'installation d'une ambulance, sa voix fut couverte de cris : « Non ! non ! Nous ne voulons pas ! Il n'y a pas de choléra ! » Lorsque le calme se fut rétabli, le chef cantonal voulu revenir sur cette question et faire entendre raison à ces forcenés ; mais les clameurs se firent alors plus violentes ; l'assemblée dut être dissoute sans avoir voté sur les autres questions d'intérêt local.

A Elisabethgrad (gouvernement de Kherson), un avis publié par le maître de police nous met au courant d'un incident qui ne manque pas de gaieté : la révolte a grandi parmi les ménagères de la ville, à la suite du bruit, qui a couru avec persistance pendant une semaine, que la commission sanitaire avait décidé d'interdire la préparation des confitures et des liqueurs à domicile ; il n'a fallu rien moins que l'intervention des autorités pour mettre fin aux colères qu'avait soulevées cette nouvelle parmi les bourgeois de la ville.

Starobotsk, province de Kharkov, la foule, excitée par les mêmes bruits qui ont couru à Astrakhan et à Saratov, a détruit l'ambulance municipale des cholériques. Les habitants du hameau de Golodalew, province de Kharkov, ont maltraité les médecins occupés à désinfecter les locaux dans lesquels se trouvaient les

cholériques. Le gouverneur a envoyé des troupes sur les lieux et a ordonné une enquête. Les meneurs ont été arrêtés.

Mort violente du Dr Moltchanof.

Le gouvernement russe vient d'accorder une pension à la veuve et aux enfants du docteur Moltchanof, assassiné pendant les derniers troubles de Kwalynsk. Le *Vratch* donne les détails suivants sur le drame du 1er juillet :

Le docteur allait quitter Kwalynsk pour habiter Pétersbourg, lorsqu'il fut chargé de l'installation et de la direction des baraques pour cholériques.

Lorsque les premiers troubles éclatèrent, malgré les conseils de ses amis qui le suppliaient de partir, Moltchanof, jugeant que son devoir était de rester, resta. Le 30 juin (12 juillet), il était à son poste, quand une première troupe de révoltés arriva. Tous demandaient à grands cris sa tête, le surnommant le *docteur-choléra* et l'accusant de s'être engagé par écrit, et moyennant une somme d'argent, à empoisonner l'eau de la ville. Le docteur put, à grand'peine, se sauver à cheval. Caché dans une maison amie, il fut trahi par les domestiques. La foule cerna la maison, parlant d'y mettre le feu. Pour épargner tout dommage à son hôte, Moltchanof se livra lui-même aux émeutiers. Trois prêtres qui intervenaient furent à moitié tués par la foule, qui commença à faire subir au médecin un long martyre. On le lança en l'air pour le laisser violemment retomber sur le pavé, on le piétina, on lui écrasa le crane à coups de talon. Des femmes achevèrent de le tuer à coups de pierres et de marteaux ; une fois mort, elles en mutilèrent horriblement le cadavre et laissèrent quelques-unes d'entre elles en faction, pour empêcher qu'on enlevât le corps méconnaissable.

Les journaux de Saratov annoncent que les poursuites contre les auteurs des troubles sont terminées. Les individus arrêtés, au nombre de 200, seront livrés à l'autorité militaire et jugés par un conseil de guerre qui se réunira dans le courant du mois d'août. Il y aura près de trois cents témoins à entendre. Les affaires se rapportant aux troubles des villages Pokrovsk et Kralynsk sont instruites et seront jugées sur les lieux.

Les rapports officiels d'Astrabad confirment les nouvelles données sur l'attaque des boutiques des nationaux russes.

Trois canonnières russes sont arrivées au port d'Astrabad et ont débarqué de l'infanterie et de la cavalerie destinées à protéger les nationaux.

III. — *Mesures prises contre le choléra.*

Espagne. — En présence des nouvelles satisfaisantes relatives à la décroissance de l'épidémie cholériforme de France, le gouvernement espagnol a décidé qu'aucune mesure sanitaire ne serait prise contre les provenances françaises. Par contre, le conseil des ministres a résolu d'employer des mesures de rigueur contre les provenances de Russie. Le bruit ayant couru à la frontière que des mesures sanitaires allaient être appliquées aux voyageurs français, le ministre des affaires étrangeres a fait démentir formellement ce bruit dans une dépêche adressée au consul général d'Espagne à Bayonne.

Autriche-Hongrie. — On mande de Léopol que les autorités de la frontière ont interdit le passage à plus de deux mille pèlerins se rendant de Russie à Klavarya, en Galicie. Quelques pèlerins ont enté de prendre le chemin de la Prusse, mais ils ont été arrêtés par le poste de police à Szczakova. D'après des informations prises aux meilleures sources dans différentes contrées de la Pologne, il résulte que l'état sanitaire y est excellent jusqu'a présent.

Suisse. — Le Conseil fédéral a décidé d'ajourner l'application des mesures sanitaires contre le cholera. Un seul cas de maladie avait été signalé jusqu'ici : celui d'un ouvrier venant de Paris et mort subitement en arrivant à Berne ; mais la commission sanitaire vient de déclarer que l'autopsie n'a révélé aucune trace de bacille cholérique.

Danemark. — Le ministre de la justice de Danemark vient de decréter que toutes les provenances des ports russes de la mer Baltique et du golfe de Finlande seraient soumises à la quarantaine.

Royaume-Uni. — L'interdiction de l'importation des chiffons français en Angleterre, en Ecosse et dans le pays de Galles vient d'être étendue à l'Irlande. Elle vise tous les chiffons provenant de ports français. Avant l'extension de cette interdiction, il se faisait entre Londres et Marseille un grand commerce de chiffons venus d'Italie, de Turquie et du Levant.

Allemagne. — Une commission sanitaire permanente destinée à combattre l'invasion du choléra vient d'etre instituée à Spandau et à Charlottembourg.

IV. — *Le Choléra en Perse.*

Les chah de Perse qui, à la nouvelle que le choléra avait éclaté, avait décidé de se rendre immédiatement à Téhéran où il y a eu 60 décès, a reçu le conseil de camper sur les pentes de la chaîne des monts Elbrouz, à 24 milles de la ville. Les décès cholériques augmentent d'une façon alarmante. Les autorités n'ont pas fourni de statistique, mais on peut évaluer à 300 le nombre des décès qui se sont produits dans la journée du 14 août, alors que, dans les journées précédentes, on n'en comptait que 60 par jour. Les missionnaires protestants américains ont un hôpital qui rend en ce moment de très grands services, mais dont les fonds sont insuffisants. Les services des chemins de fer et des tramways ont cessé ; les bazars sont fermés. L'épidémie sévit toujours à Tabriz, où l'on compte plusieurs centaines de morts par jour.

L'épidémie cholériforme aux environs de Paris et à Paris.

Les cas de diarrhée cholériforme sont toujours en décroissance, malgré les chaleurs extraordinaires de ces jours derniers. A Paris, dans la journée de mardi et la matinée de mercredi derniers, quatre cas ont été constatés dans les 11e, 14e, 15e et 16e arrondissements. Dans la banlieue, deux cas ont été signalés, l'un à Levallois-Perret, l'autre à Aubervilliers.

L'épidémie cholériforme à l'Asile d'aliénés de Bonneval.

On peut aujourd'hui, 16 août, considérer comme terminée l'épidémie cholériforme qui a sévi sur l'asile de Bonneval. On constate cependant journellement encore des cas de diarrhée avec coliques, crampes, tendance aux syncopes. Ces cas sont sans gravité, les malades guérissent en vingt-quatre heures, mais ensuite ils restent déprimés, sans appétit, faibles enfin comme s'ils avaient fait une longue maladie. Ces indispositions légères se rapportent peut-être à l'affection cholériforme qui vient de disparaître, c'est un point à discuter, mais il est, en tout cas, prudent de ne pas se départir encore des mesures prophylactiques rigoureuses, observées dans l'établissement depuis le 18 juillet.

Le 30 juillet l'épidémie était déjà en pleine décroissance. On avait, jusqu'à ce moment, noté 41 cas et 20 décès (1). — Voici la statistique des cas nouveaux et des décès constatés depuis cette époque :

A. — Nombre des cas.

Du 18 au 29 juillet	41 cas
30 juillet	2 —
31 juillet	2 —
1er août	3 —
2 août	2 —
3 août	1 —
4 août	1 —
11 août	1 —
12 août	1 —
Total	54 cas

B. — Nombre des décès :

Du 18 au 29 juillet	20 décès.
30 juillet	2 —
31 juillet	1 —
1er août	1 —
2 août	2 —
5 août	1 —
6 août	1 —
10 août	2 —
13 août	1 —
Total	31 décès.

Il reste actuellement 8 malades en traitement, dont 7 convalescents et un dans un état très grave.

Il est à noter que l'épidémie n'a presque porté que sur la division des femmes. Ces dernières étaient au nombre de 280, il en est décédé le dixième. 4 hommes seulement ont été atteints, ils ont succombé tous les quatre. Le pensionnat annexé à l'asile est resté indemne. Quoique l'asile fût situé dans la ville même, celle-ci n'a pas été touchée, mais les mesures d'isolement ont été, et sont encore, excessivement sévères, les déjections des malades sont désinfectées et détruites, etc.

L'épidémie cholériforme en Lorraine.

Depuis plusieurs semaines, de nombreux cas de dysenterie ou de forte cholérine se sont déclarés parmi les troupes de la garnison à Dieuze. Le 136e régiment d'infanterie a été atteint

(1) Voir le *Progrès médical*, n° 31, p. 86.

tout spécialement et a dû envoyer, en une seule semaine, 120 hommes du 3e bataillon à l'hôpital. Plusieurs médecins sont alors venus de Strasbourg pour étudier l'épidémie et en rechercher les causes. Une certaine inquiétude s'était emparée de la population et déjà l'on parlait de choléra. Il n'en a rien été heureusement et l'épidémie est en décroissance. — A la frontière alsacienne, on continue à surveiller étroitement les voyageurs au point de vue sanitaire. A Montreux-Vieux même, les deux médecins de Dannemarie se relayent en permanence, de façon qu'aucun voyageur malade ne rentre dans le pays tant qu'on n'a pas constaté qu'il ne présente aucun symptôme d'affection cholérique. Jusqu'à présent, aucune personne n'a dû être mise en quarantaine, et dans l'intérieur du pays l'état sanitaire est des plus satisfaisants.

Facultés et Ecoles de médecine.

I. *Congés*. — Un congé pour l'année scolaire 1892-1893 est accordé, sur leur demande, aux professeurs chargés de cours et maîtres de conférences dont les noms suivent.

FACULTÉS DES SCIENCES. *Paris* : M. Monton; — *Clermont* : M. Roujou; — *Dijon* : M. Jobert; — *Montpellier* : M. de Rouville; — *Nancy* : M. Grandeau.

FACULTÉ DE MÉDECINE. *Lyon* : M. Berne; — *Nancy* : M. Beaunis; — *Dijon* : M. Mouchet; — *Grenoble* : M. Testoud; — *Rennes* : M. Worms.

II. — *Chargés de cours*. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1892 1893, dans les fonctions de chargés de cours près les Facultés et Ecoles ci-après désignées.

FACULTÉS DE MEDECINE. *Nancy* : MM. René et Nicolas; — *Lille* : M. Caubemale; — *Montpellier* : M Hédon.

FACULTÉS DES SCIENCES. *Besançon* : M. Chudeau; — *Caen*; M. Bigot; — *Clermont* : M. Le Cordier; — *Grenoble* : M. Janet: — *Montpellier* : M. Curie; — *Nancy* : M. Petit; — *Rennes* : M. Seunes.

ECOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE. *Montpellier* : M. Massol.

Sont maintenus, pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions *chargés de cours complémentaires* près les Facultés et Ecoles ci-après désignées.

FACULTÉS DE MEDECINE. *Paris* : MM. Jalaguier et Maygrier; *Montpellier* : MM. Gerbaud, Estor, Brousse, Baumel, Ducamp; — *Nancy* : MM. Parisot, Simon, Vautrin, Remy, Langlois. — *Lille* : MM. Phocas, Castelain; — *Lyon* : MM. Perret, Beauvisage.

FACULTÉS DES SCIENCES. *Paris* : MM. Ribau, Salet, Chatin; — *Lille* : MM. Buisine, Duhem; — *Lyon* : MM. Kohler, Gonnessiat; — *Marseille* : MM. Jourdan, Amigues, Vayssières; — *Montpellier* : MM. Meslin, Œschner de Coninck; — *Nancy* : MM. Guntz, Arth, Wohlgemuth, Guenot, Millot; — *Toulouse* : MM. Casserat, Fabre.

ECOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE. *Paris* : M. Villiers-Moriamé; — *Montpellier* : MM. Gay, Astre, Imbert; — *Nancy* : M. Jacquemin.

III. — *Maîtres de conférences*. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions de *maîtres et de chargés de conférences* près les Facultés ci-après désignées :

ECOLES DES SCIENCES. *Alger* : M. Flamand.

FACULTÉS DES SCIENCES. *Paris* : MM. Chatin, Jannettaz, Joly, Pellat, Pruvot, Puiseux, Raffy, Riban, Vélain, Fousserau; — *Marseille* (Académie d'Aix) : MM. Pérot, Perdrix; — *Besançon* : M. Magnin; — *Bordeaux* : MM. Kunstler, Deveaux, Morisot, de Lagrandval; — *Caen* : MM. Huet, Lecornu; — *Clermont* : M. Bloch; — *Dijon* : M. Pigeon; — *Grenoble* : MM. Lefrançois, Santreau; — *Lille* : MM. Barrois, Boutan; — *Lyon* : MM. Vautier, Vignon; — *Montpellier* : MM. Rauzaud, Stouff, Delage; — *Nancy* : MM. Vogt, de Tanneuberg; — *Poitiers* : MM. Dangeard, Guiteau, Rennes, Andrade; — *Toulouse* : MM. Mathias, Lamic, Audoyer, Duboin, Caralp, Rouquet.

Sont maintenus, pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions de *chargés de cours complémentaires* dans les Facultés de droit ci-après désignées: Les professeurs des Facultés dont les noms suivent sont autorisés à faire, pendant l'année scolaire 1892-1893, des cours divers.

FACULTÉS DES SCIENCES. *Lyon* : MM. Flamme, Recoura, Lachmam; — *Rennes* : M. Joubin. *(A suivre)*.

Manœuvres du service de Santé.

Ces jours derniers se sont continués, à Bordeaux, les exercices du service de santé militaire dont M. Morache, directeur du service de santé du 18e corps, a la direction technique médicale. Dans une conférence, M. Morache a établi le but des exercices actuels; il a aussi souhaité la bienvenue aux médecins de réserve et territoriaux; puis il a étudié toutes les questions afférentes au service de santé en campagne. De trois heures à six heures, eut lieu, à l'hôpital annexe du Béquet, le chargement du matériel sanitaire, à savoir : 1° Une ambulance n° 1 au pied de guerre, dont l'effectif, rapproché de celui du pied de guerre, est de six médecins, deux officiers d'administration, deux officiers et un vétérinaire du train, cent vingt infirmiers ou brancardiers, treize voitures ou fourgons du service de santé, huit voitures de transport de blessés, trente mulets de litière ou de cacolet et le personnel du train nécessaire; 2° Un hôpital de campagne se rapprochant du pied de guerre et comprenant quatre médecins, deux officiers d'administration, vingt infirmiers, cinq voitures, plus le personnel du train; 3° Une section d'ambulance de quartier-général comprenant deux médecins, un officier d'administration, huit infirmiers et sept voitures.

Cette opération, analogue à celle qui aurait lieu au moment de la mobilisation, a été faite dans un très court espace de temps. On a spécialement remarqué, parmi les médecins qui suivent les exercices du service de santé, la présence de M. le médecin inspecteur Albert Costa, de l'armée de la République argentine, spécialement autorisé par M. le Ministre de la guerre.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 août 1892 au samedi 13 août 1892, les naissances ont été au nombre de 1136 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 446; illégitimes, 149 Total, 595. — *Sexe féminin* : légitimes, 418; illégitimes, 123. Total, 541.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 août 1892 au samedi 13 août 1892, les décès ont été au nombre de 957 savoir : 501 hommes et 456 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 14, F. 7, T. 21. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 8, F. 9. T. 17. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 5, F 4, T. 9 — Diphtérie, Croup : M. 17 F. 6, T. 23. — Grippe : M. 0. F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 95, F. 70, T. 165. — Autres tuberculoses : M. 24, F 8, T. 32. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. 6 — Tumeurs malignes : M. 17, F. 39 T. 56. — Méningite simple : M. 13, F. 9, T. 22 — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 17, F. 15, T. 32. — Paralysie. M 3, F. 5, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 7. F. 4, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 34, T. 54. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 2, T. 9. — Bronchite chronique. M. 12, F 6, T. 18. — Broncho-Pneumonie : M. 12. F. 6, T. 18 — Pneumonie : M. 9, F. 15, T. 24 — Gastro-entérite, biberon : M. 60, F. 78, T. 138 — Gastro-entérite, sein : M 11, F. 8, T. 19 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5. F. 7, T. 12. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1 Débilité congénitale : M. 9, F. 7 T. 16. — Sénilité : M. 1, F. 13, T. 28. — Suicides : M. 12, F. 4 T. 16. — Autres morts violentes : M 11, F. 5, T. 16. — Autres causes de mort : M. 93, F. 79, T. 172 — Causes restées inconnues : M. 3, F. 1, T. 4.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 21, illégitimes, 16 Total : 37. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illégitimes, 16 Total : 31.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. GANGOLPHE, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est chargé, en outre, pour l'année 1892-1893, d'un cours de médecine opératoire à ladite Faculté. — M. A. POLLOSSON, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours complémentaire d'accouchements à ladite Faculté. — MM. PERRET et BEAUVISAGE, agrégés près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, sont maintenus en exercice pour une période trois ans, à partir du 1er novembre 1892.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. AUGAGNEUR, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de pathologie externe à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. SARDA, agrégé près la Faculté de Médecine de Montpellier, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours complémentaire de cliniques des maladies des enfants à ladite Faculté. — M. RAUZIER, agrégé près la Faculté de Médecine de Montpellier, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de pathologie interne à ladite Faculté. — MM. SERRE et BAUMEL,

agrégés près la Faculté de médecine de Montpellier, sont maintenus en exercice pour l'année scolaire 1892-1893.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — *Prix de l'année* 1891-1892, (Médecine). 1re année ; Prix, M. Dumas. 1re mention, M. Gauthier. 2e mention, M. Voron. — 2e année : 1re mention, M. Richon. 2e mention, M. Roubion. — 3e année : Prix, M. Courmont. Mention, M. Bonne.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. DOUMER (Jean-Marie-Emmanuel), agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille à partir du 1er novembre 1892. — M. MORELLE (Emile-François-Joseph), agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de matière médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. VUILLEMIN, chef des travaux à la Faculté de médecine de Nancy, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours d'histoire naturelle à ladite Faculté.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — M. PAJOT, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — M. CRIÉ, docteur ès sciences, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES ETUDES. — M. CHAUVEAUD, chargé des fonctions de préparateur près le laboratoire de botanique de l'Ecole pratique des Hautes Etudes (section des sciences naturelles), est nommé directeur adjoint de ce laboratoire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Legs Baillarger.* — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de la dite Académie, aux clauses et conditions imposées par le testateur, la somme nécessaire pour acheter une inscription de rente de mille francs (1,000 fr.) 3 p. 0/0 sur l'Etat. Cette rente servira à fonder un prix bisannuel de 2,000 francs. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. La dite rente de 1,000 francs sera immatriculée au nom de l'Académie de médecine avec mention sur l'inscription de la destination des arrérages.

ASSAINISSEMENT DE TOULON. — M. Bechmann, chef du service de l'assainissement de Paris, est allé sur les lieux s'occuper de la question de l'assainissement de Toulon. Il s'est fait conduire en rade, puis hors de la jetée de Toulon, à l'effet de rechercher à quel endroit de la côte pourrait déboucher la canalisation des égouts de la ville ; puis il s'est rendu aux sources du Ragas et de Saint-Antoine qui alimentent la ville. Au cours de cette visite, il a signalé à l'attention du maire de Toulon plusieurs fissures qui font communiquer ces sources avec des terres voisines arrosées par les liquides dangereux pour la salubrité publique. Puis M. Bechmann a visité plusieurs maisons de la ville et particulièrement du vieux quartier, afin de déterminer le meilleur moyen qui serait à employer pour les vidanges. M. Bechmann, pour toutes les maisons où l'établissement de lieux d'aisance est impossible par suite de l'exiguïté des immeubles, s'est déclaré partisan de jettoirs intérieurs de préférence aux jettoirs extérieurs. Chaque branchement serait pourvu d'occlusoirs hermétiques afin de séparer complètement l'habitation de la canalisation ; de puissantes chasses d'eau assureraient, concurremment avec des appareils compensateurs des pentes, l'écoulement des matières dans le système évacuateur. Les matières réunies dans un poste central seraient refoulées à la mer, en évitant soigneusement toutes les émanations insalubres par des appareils propulseurs, mus par la vapeur ou par l'air comprimé, en un point non encore déterminé et qui pourrait être situé entre le cap Sicié et la presqu'île de Cépet. Puis M. Bechmann a été présenté aux adjoints et aux délégués du conseil municipal, à la commission des travaux et à la commission extra-municipale d'aissainissement. Il a donné l'assurance que l'assainissement de notre grand port de guerre allait être mis en voie d'exécution.

ASSOCIATION BRITANNIQUE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Le 62e meeting de l'Association britannique pour l'avancement des sciences vient d'avoir lieu à Edimbourg et, pendant huit jours, l'immense rendez-vous des hommes de science du Royaume-Uni a donné une animation particulière à la vieille cité écossaise. Le meeting comptait plus de 2,000 adhérents.

CONGRÈS D'ANTHROPOLOGIE DE MOSCOU. — Le grand-duc Serge a ouvert, à l'université, le congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique de Moscou. M. Virchow a combattu la théorie de Darwin. Il a été vivement applaudi. Les débats ont lieu en langue française.

BOURSES DE LICENCE ÈS SCIENCES. — I. Il est attribué des *bourses de* 1,500 *fr.*, pour l'année scolaire 1892-1893, près les Facultés des sciences ci-après désignées, aux candidats à la licence dont les noms suivent : *Faculté de Paris* : MM. Seurat, Soyer. — *Faculté de Clermont* : M. Lajoinie. — *Faculté de Dijon* : M. Terre. — *Faculté de Lyon* : M. Alabernade. — *Faculté de Marseille* : M. Laurent. — *Faculté de Montpellier* : M. Albinet, M. Graille. — II. Il est attribué des *bourses entières* (1,200 fr.) pour l'année scolaire 1892-1893, près les Facultés des sciences ci-après désignées, aux candidats à la licence dont les noms suivent : *Faculté de Paris* : M. Houard. — *Faculté de Bordeaux* : M. Lardry. — *Faculté de Lille* : M. Speetelroot. — *Faculté de Nancy* : M. Dreyfus. — *Faculté de Poitiers* : M Pain. — *Faculté de Rennes* : M. Chenu. — *Faculté de Toulouse* : MM. Blanié, Boubes. — III. Il est attribué des *demi-bourses* (500 fr.), pour l'année scolaire 1892-1893, près les Facultés des sciences ci-après désignées aux candidats à la licence dont les noms suivent : *Faculté de Paris* : M. Anglas. — *Faculté de Bordeaux* : M. Boyer. — *Faculté de Marseille* : M. Palas. — IV. Sont nommés pour un an, boursiers près les Facultés des sciences ci-après désignées, les *candidats à la licence* dont les noms suivent : M. Mangin *Faculté de Paris* : M. Joly.

DOCTORAT ÈS SIENCES NATURELLES. — *Thèses.* — Le mardi 28 juin 1892, à 10 heures, M. Heim, docteur en médecine, préparateur à l'Ecole des Hautes-Etudes, a soutenu, devant la Faculté des sciences à Paris, deux thèses sur les sujets suivants : 1re thèse : *Etudes sur le sang des crustacés décapodes*. 2e thèse : *Recherches sur les dipserocarpacées*. M. Heim a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences.

DOCTORAT ÈS SCIENCES PHYSIQUES. — *Thèse.* — Le mardi 12 juillet 1892, M. B. ELIE, professeur au Collège d'Abbeville, a soutenu, devant la Faculté des sciences de Bordeaux, sa thèse pour l'obtention du grade de doctorat ès sciences physiques. *Fonction vectorielle et ses applications à la physique.* M. B. Elie a été déclaré, à l'unanimité et avec éloges, digne du grade de docteur ès siences physiques.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés *Officiers d'Académie* : MM. Lavocat (Antoine), pharmacien à Lyon, ancien préparateur à la Faculté de médecine, 10 ans de délégation cantonale ; Limouzin-Lamothe (Marie-Victor-Emile), docteur en médecine, à Mormant (Seine-et-Marne), membre de plusieurs commissions scolaires, 14 ans de délégation cantonale ; Longuet (René-Edouard), médecin-major de 1re classe, section technique du service de santé, auteur de nombreux travaux scientifiques ; Massip (Louis-Lucien-Raphaël), pharmacien à Cancon (Lot-et-Garonne), lauréat de l'Ecole de pharmacie, membre correspondant de Sociétés littéraires, archéologue ; Mordagne (Etienne-Henri-Paul-Emile), docteur-médecin à Tourny (Eure), médecin inspecteur des écoles, secrétaire de la délégation cantonale ; Olivier (Adolphe-Victor), docteur en médecine à Paris, directeur en chef des *Annales de la Polyclinique*, publications scientifiques ; Phocas (Gérasime), agrégé près de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille ; Patay (François-Marie-Camille), docteur en médecine à Orléans (Loiret), médecin de l'École normale d'institutrices, publications scientifiques ; Piechaud (Adolphe), docteur en médecine à Paris, auteur de nombreuses publications scientifiques ; Regnault (Félix), chargé de mission scientifique, docteur en médecine, nombreuses publications scientifiques ; Regnault (Louis-Félix-Albert), maire de Brienon (Nièvre), docteur médecin, 14 ans de délégation cantonale : Rigaud (Edouard), pharmacien à Mareuil-sur-le-Lay (Vendée), lauréat de l'Ecole de pharmacie de Nantes, travaux scientifiques, 12 ans de délégation cantonale ; Sicard (Louis-Justin-Joseph), docteur en médecine à Lyon, ancien préparateur à la Faculté de médecine et à la Faculté des sciences de Lyon ; Seguy (Georges-Henri-Adolphe), médecin de l'Ecole normale de Miliana (Algérie), 21 ans de services ; Terson (Samuel-Emile), docteur en médecine, conseiller général, maire de Puylaurens (Tarn), délégué cantonal ; Viala (Eugène), aide préparateur à l'Institut Pasteur ; Vals (Jean), docteur-médecin à Baixas (Pyrénées-Orientales), 15 ans de délégation cantonale ; Villard (Emile-Cuny), docteur-médecin à Verdun (Meuse), médecin inspecteur des écoles, 12 ans de services.

RÉCOMPENSE. — Une médaille d'argent de 2e classe a été accordée à M. le Dr Bonnefoy, maire de Sallanches, qui s'est exceptionnellement distingué en prenant part au sauvetage des victimes de la catastrophe de Saint-Gervais et en leur prodiguant des soins empressés.

DYSENTERIE A CHALONS. — Quelques cas de dysenterie bénigne s'étant produits parmi les troupes en garnison à Reims, les 1er et 3e bataillons du 132e de ligne ont quitté ce matin leur caserne pour se rendre au camp de Châlons.

EPIDÉMIE CHOLÉRIFORME DE DIJON. — En raison des cas de diarrhée cholériforme qui se sont déclarés dans les casernes de Dijon, le Ministre de la guerre vient d'aviser le général commandant le 8e corps d'armée que les réservistes affectés au 27e de ligne et convoqués pour une période du 22 août au 18 septembre, sont ajournés à l'an prochain.

EPIDÉMIE CHOLÉRIFORME EN AMÉRIQUE. — La chaleur intense qui règne aux Etats-Unis a donné naissance, d'après un télégramme de New-Brunswick (New-Jersey), à une épidémie cholériforme qui a fait son apparition dans une famille de juifs russes et s'est propagée, causant dans cette localité vingt morts la semaine dernière.

FIÈVRE SCARLATINE A LONDRES.—La fièvre scarlatine continue à sévir à Londres dans des proportions inusitées. Jamais on ne s'est trouvé en présence d'une épidémie aussi grave Il y a en ce moment 3,500 malades dans les sept hôpitaux dépendant de l'office des asiles métropolitains. Bien qu'on ait loué spécialement pour ces circonstances, du côté de Tottenham, un terrain de 5 hectares sur lequel on a construit des baraquements, il n'y a plus que trente lits vacants.

LA VARIOLE EN ESPAGNE. — Il y a recrudescence de petite vérole à Vilde, village de la province de Soria, et à Caravaca, province de Murcie. Des secours sont envoyés.

LA PESTE EN PERSE. — La peste sévissant, à Sebzévar, localité voisine de la province persane du Khorassan, le gouvernement russe vient d'envoyer un médecin pour s'assurer du réel état de choses.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE.— *Concours pour deux places de chefs-internes pour l'Hôtel-Dieu et l'hôpital de la Conception.* — Le lundi 12 décembre 1892, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour deux places de chefs internes. Ce Concours aura lieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical. Les candidats devront être français, âgés de 21 ans accomplis, de bonne vie et mœurs, célibataires ou veufs sans enfants, munis de 14 inscriptions de doctorat au moins, et avoir exercé les fonctions d'interne durant au moins deux années dans un hôpital public français. Ne seront pas admis au concours ceux qui seront docteurs en médecine. Les candidats nommés ne pourront prendre le grade de docteur qu'après une année d'exercice. Les candidats auront à produire : 1° leur acte de naissance ; 2° un certificat de moralité récemment délivré par le maire de la commune où ils ont leur résidance, constatant en outre qu'ils sont célibataires ou veufs sans enfants; 3° le certificat de leurs inscriptions ; 4° un certificat constatant un service d'interne, pendant deux années, dans un hôpital public français. Ces pièces seront déposées au secrétariat de la Commission administrative, à l'Hôtel-Dieu, où les candidats se feront inscrire huit jours au moins avant le jour fixé pour l'ouverture du concours.

MÉDECINS CONSEILLERS D'ARRONDISSEMENT. — Le Conseiller d'arrondissement de Libourne, M. Héraud, a été remplacé par le Dr Coustou, républicain.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. BOULE, agrégé des sciences naturelles, attaché au Muséum d'Histoire naturelle, est chargé d'une mission à l'effet de représenter le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts au Congrès de la société helvétique des sciences naturelles qui se tiendra à Bâle au mois de septembre prochain. — M. le Dr Paul BISCH est chargé d'une mission scientifique en Allemagne et en Autriche-Hongrie à l'effet d'étudier au point de vue de l'enseignement médical le fonctionnement des cliniques de gynécologie.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. LAUGIER (Prosper), préparateur au laboratoire de la chaire de chimie appliquée aux corps inorganiques au Muséum d'histoire naturelle, est attaché en la même qualité au laboratoire de physique appliquée. — M. VERNEUIL (Auguste-Victor-Louis), préparateur au laboratoire de la chaire de chimie appliquée aux corps inorganiques au Muséum d'histoire naturelle, est attaché en la même qualité au laboratoire de la chaire de chimie appliquée aux corps organiques.

NOMINATIONS. — Par arrêté préfectoral, M. LE ROUX, sous-directeur, chargé de la direction des affaires départementales, a été nommé directeur.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le *Journal officiel* publie la nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe de 25 docteurs en médecine; il publie de même la liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir la première partie des épreuves orales du concours d'admission à l'école du service de santé militaire. Nous donnerons ces listes dans un prochain Numéro.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE.— *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux* : M. DEJERINE, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h.
HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — Le Dr Auguste VOISIN, le dimanche, à 10 h. du matin.
HÔPITAL DU MIDI. — *Syphiliographie.* — M. le Dr Charles MAURIAC : le samedi à 9 heures 1/2 du matin, à la même heure.
HÔPITAL LAENNEC.—*Clinique chirurgicale* : M. le Dr NICAISE, le samedi à 9 h. 1/2, salle du Musée.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 35. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 27 AOUT 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Pr CHARCOT.

La médecine vibratoire. — Application des vibrations rapides et continues au traitement de quelques maladies du système nerveux ;

Leçon recueillie par GILLES DE LA TOURETTE.

I.

C'est en 1878 (1), dans mon service de la Salpêtrière, que M. Vigouroux commença les essais d'une méthode dont je veux vous entretenir aujourd'hui : le traitement de certaines affections du système nerveux par les vibrations mécaniques.

M. Vigouroux étudia d'abord les effets de ces vibrations sur plusieurs *hystériques*. A l'aide d'un énorme diapason, mis en action au moyen d'un archet et monté sur une caisse de résonnance, il parvint à faire disparaître l'hémianesthésie et à rompre des contractures presque aussi rapidement qu'avec l'aimant ou l'étincelle électrique. Chez une malade atteinte d'*ataxie locomotrice*, il calmait les crises douloureuses en introduisant les jambes dans la caisse de résonnance. A la suite d'un certain nombre d'expériences de même ordre, il put établir que les vibrations du diapason ont exactement la même action physiologique que les métaux, l'aimant et l'électricité statique. L'année suivante, Schiff arrivait théoriquement à la même conclusion.

Ces recherches ne furent pas poursuivies et il faut arriver en 1880, époque à laquelle un électricien distingué, M. Boudet de Pâris, institua de nouvelles expériences qui le conduisirent à des résultats très importants (2).

M. Boudet de Pâris étudia surtout les vibrations localisées ou mieux qu'il faisait agir localement. Il fit construire un diapason monté électriquement et adapta à la planchette-support du diapason, au point où les vibrations se font sentir avec le plus d'intensité, une petite tige de cuivre, longue d'une dizaine de centimètres et terminée par un disque qu'on appliquait sur la partie du corps ou le nerf qu'on désirait soumettre aux vibrations. Le disque était de petites dimensions en surface afin d'empêcher la diffusion des vibrations ; pour mieux les localiser, d'ailleurs, on peut le terminer par une pointe mousse.

Les premières expériences de M. Boudet de Pâris portèrent sur l'homme sain, indemne de toute altération de la sensibilité. En appliquant la tige vibrante sur un point de la peau assez sensible, la région sus-orbitaire par exemple, il produisit, au bout de quelques instants, une analgésie locale et même une anesthésie très marquée, pouvant se prolonger de 8 à 20 minutes suivant les sujets : « La même expérience tentée, dit-il, sur différents points du corps amène le même résultat, avec cette considération que les effets sont d'autant plus rapides et plus complets que : 1° on agit plus près d'un rameau sensitif ; 2° les tissus ont moins d'épaisseur et le plan sur lequel ils reposent est plus résistant. Le maximum d'effet sera donc obtenu sur le front, sur les tempes, sur les gencives, sur les apophyses mastoïdes, etc., en un mot sur tous les points où les nerfs peuvent facilement être comprimés sur une surface osseuse par le disque vibrant. »

En agissant ainsi on arriverait à calmer rapidement diverses névralgies, la névralgie faciale en particulier. Le nombre des vibrations par minute serait de peu d'importance ; il n'en serait pas de même de l'intensité et de l'énergie qui, dans des limites données, sont indispensables.

L'article qu'il publia à ce propos renfermait encore d'autres considérations qui pour être moins bien mises en lumière n'en sont pas moins intéressantes.

« Lorqu'on applique, dit-il, l'instrument sur un des points (de la face) que nous venons de citer, les parois du crâne se mettent à vibrer à l'unisson du diapason comme le feraient les parois d'une caisse de résonnance et l'on éprouve une sensation toute particulière que certains sujets comparent à un commencement de vertige et qui chez d'autres détermine rapidement un besoin très marqué de sommeil.

« Dans les cas de migraine même bénigne ces vibrations très rapides communiquées aux parois crâniennes et par suite à l'encéphale, amènent la détente au bout de quelques minutes et souvent même coupent court à l'accès lorsqu'il est pris au début. Nous avons pu grâce à ce procédé nous éviter des accès de migraine qui nous paralysaient ordinairement pendant de longues heures et nous sommes certains que beaucoup de dyspeptiques et de rhumatisants affligés du même mal trouveront là un précieux remède à leurs souffrances. »

Et M. Boudet de Pâris, termine en émettant l'hypothèse fort vraisemblable que la transmission des vibrations au cerveau joue un rôle dans la production de ces effets.

A peine l'auteur avait-il publié son article qu'il fut en butte à une réclamation de priorité.

M. le Dr Jennings écrivit une lettre que le *Progrès Médical* (1) rendit publique, dans laquelle il était dit que depuis 4 ans le Dr Mortimer-Granville, de Londres, appliquait la même méthode des vibrations pour la guérison de la douleur. Il avait même inventé un instrument spécial « le *percuteur* » qui avait été expérimenté avec un succès relatif dans un hôpital de Paris.

M. Boudet de Pâris, rappella les expériences de Vigouroux, dit que M. Mortimer-Granville pas plus que lui d'ailleurs n'avait « inventé les vibrations » et désireux peut-être d'éviter toute polémique ultérieure arrêtant net ses recherches.

Il n'en fut pas de même de MM. Granville qui dans un livre paru en 1883 (2) nous fait connaître les résul-

(1) *Progrès médical*, 1878, p. 746.
(2) Traitement de la douleur par les vibrations mécaniques. *Progrès Médical*, 5 février 1881.

(1) N° du 19 février 1881, p. 149.
(2) *Nerve vibration and excitation as agents in the treatment of functionnal disorder and organic disease*. Londres, Churchill, 1883, in-8° de 128 p. et fig. — Dans cet ouvrage, M. M. Granville rapporte qu'en 1862-64 il fit confectionner des petites boites pleines

tats de la méthode qu'il a employée dans le traitement de certaines maladies du système nerveux.

L'ouvrage de MM. Granville peut être divisé en deux parties : une théorique, une pratique, la seconde découlant directement de la première.

La vibration rend au nerf qui lui sert de conducteur l'énergie qu'il avait perdue. M. Mortimer-Granville se propose toujours d'agir *localement*. Il se sert d'un percuteur le « clokwork percuteur » dont le mécanisme rappelle celui de certaines sonneries. Cet appareil est bon pour le praticien, il est portatif et se dérange difficilement, mais le médecin qui s'adonne particulièrement à la percussion emploiera de préférence le système actionné par l'électricité. La tige percutante bien plutôt que vibrante est de forme variable : c'est un bouton, un disque, un petit marteau à tête plate, un pinceau ou une brosse, suivant qu'on veut agir localement ou sur une surface plus étendue ; on peut même placer le pied douloureux dans l'eau par exemple et se servir de celle-ci pour faire diffuser les vibrations. Les séances sont d'une durée variable suivant les cas.

Les résultats qu'il a obtenus dans le traitement de certaines névralgies, en particulier de la névralgie faciale seraient remarquables. Mais le traitement est surtout recommandable dans la *neurasthénie* à forme cérébrale ou spinale, dans la migraine et dans l'insomnie.

Si le mal de tête est localisé on percute et fait vibrer localement les nerfs et les plexus nerveux de voisinage, s'il est plus étendu, comme dans la migraine, on promène d'avant en arrière une brosse vibrante. Le même procédé s'applique aux douleurs de la neurasthénie localisées le long de la colonne vertébrale.

Retenons ces divers procédés de traitement, nous aurons à les rappeler dans un instant.

II.

Depuis longtemps j'avais appris des malades atteints de paralysie agitante, qu'ils retiraient un grand soulagement des voyages en chemin de fer ou en voiture. Pendant toute la durée du voyage, les sensations si pénibles et parfois si douloureuses qui sont le cortège presque obligé de cette maladie, semblaient disparaître presque complètement ; le bien-être persistait un certain temps, le voyage terminé.

J'eus bien souvent l'occasion de porter ces faits à la connaissance des élèves qui suivent mes cours et j'émis plus d'une fois l'hypothèse des bons effets d'un traitement de la maladie de Parkinson par un procédé qui rappellerait l'ensemble des mouvements communiqués au corps par une voiture en marche.

Un de mes auditeurs, le Dr Jégu, me proposa de chercher un appareil réalisant ces desiderata. Aidé par un ingénieur distingué, M. Solignac, il fit construire un fauteuil auquel un mécanisme spécial communiquait des mouvements rapides d'oscillation autour d'un axe antérieur et latéral. Ces mouvements, combinés et contrariés, produisaient une vibration, une trépidation rapide fort analogue, ainsi que vous pouvez en juger par vous-même, en vous asseyant sur ce fauteuil, à celle que l'on ressent lorsqu'on est assis sur la banquette d'un wagon en marche. L'appareil installé, M. Jégu n'eut pas de peine à recruter des sujets d'expérience parmi les malades de mon service et ceux qui fréquentent ma policlinique, mais la mort vint brusquement le surprendre au milieu de ses recherches.

A ma demande, M. Gilles de la Tourette, mon ancien chef de clinique, voulut bien continuer à surveiller les expériences qui avaient été interrompues. Celles-ci ont porté jusqu'à présent sur huit sujets, six hommes et deux femmes. Malheureusement, il s'agit pour la plupart de sujets n'appartenant pas au service, et plusieurs, pour des causes diverses, ont suivi le traitement irrégulièrement.

Sans chercher à analyser un à un les résultats satisfaisants qui ont été obtenus, il est permis dès maintenant de se faire une idée générale de l'action du traitement.

L'amélioration se fait généralement sentir dès la 5e ou 6e séance de trépidation. Elle porte surtout sur les phénomènes douloureux qui accompagnent si fréquemment la maladie de Parkinson.

Aussitôt descendu du fauteuil trépidant, le malade se sent plus léger, il semble que sa raideur ait disparu, il marche mieux qu'avant. Phénomène presque constant, les nuits deviennent bonnes, le malade qui s'agitait sans cesse péniblement dans son lit dort d'un sommeil calme qui lui procure un grand soulagement. Sauf dans un cas, le tremblement n'a pas paru être sensiblement influencé. Ce bien-être se fait surtout sentir le jour du traitement, d'où la nécessité de faire des séances quotidiennes. Malheureusement cela est difficile à la Salpêtrière. Le mécanisme du fauteuil est mis en marche par un moteur électrique et trois fois par semaine il nous faut nous servir de cette électricité, pour actionner des machines statiques. De même, les séances n'ont-elles peut-être pas été assez prolongées. En effet, il est difficile d'accorder, lorsqu'on est en présence d'un certain nombre de malades, plus d'un quart d'heure à 20 minutes à chaque sujet. Nous espérons pouvoir bientôt combler ces desiderata ; quoiqu'il en soit, les résultats que nous avons obtenus sont des plus encourageants, les recherches seront poursuivies et j'aurai l'occasion de vous tenir au courant de ce que nous obtiendrons. C'est déjà beaucoup que de soulager les paralytiques agitants sur lesquels les remèdes ordinaires agissent avec le peu d'efficacité que vous savez.

III

M. Gilles de la Tourette ne s'est pas borné à surveiller le fonctionnement du fauteuil trépidant et à noter les résultats, il a cherché d'autres applications de la méthode vibratoire.

Les résultats que je vous ai indiqués, obtenus par MM. Boudet de Pâris et Mortimer-Granville avaient frappé son attention. Guérir certaines névralgies, posséder un remède qu'on disait presque héroïque contre la migraine, rendre le sommeil aux malades, faire disparaître les symptômes de la neurasthénie, ce n'est pas peu de chose en médecine.

M. Gilles de la Tourette avait remarqué en lisant l'article de M. Boudet de Pâris que celui-ci émettait l'hypothèse que les vibrations locales se diffusant à toute la boîte crânienne, mettaient à leur tour le cerveau en vibration et que les résultats obtenus pouvaient

d'un mélange réfrigérant qu'on appliquait localement pour calmer les douleurs des nouvelles accouchées. Les résultats qu'il obtint le conduisirent à une théorie de l'arrêt de la douleur par le *shock*. Aussi fit-il construire par M. Streeter un *percuteur* dont les plans datent du 5 janvier 1877. Ce percuteur fut employé au National Hospital de Londres et à l'hopital Laennec de Paris en 1878. Les publications de M. M. Granville sur la matière sont un article de *The Lancet* 10 juin 1880 ; *ibid.*, 19 fevrier 1881 ; *British med. Journ.*, 10 mars 1882. — *A new treatment of sleeplessness*, *ibid.*, 10 mars 1883

bien être dûs à ces vibrations mécaniques transmises à l'encéphale.

Il n'est pas douteux du reste qu'en dehors de la tige pointue, les disques et la brosse dont se sert M. Mortiner-Granville ne puissent agir dans le même sens.

Sur sa demande, deux électriciens distingués, MM. Larat et Gautier, aidés de M. Gaiffe, construisirent un appareil dont voici la description :

Il se compose d'une sorte de casque à lames séparées, fort analogue au conformateur des chapeliers ; à l'aide d'un artifice très simple les lames de ce casque emboitent exactement la tête du sujet en expérience. Le casque est surmonté d'un plateau sur lequel se trouve placé un petit moteur spécial actionné par une simple pile. Tout l'appareil est facile à manœuvrer, très portatif, et ses rouages peuvent marcher pour ainsi dire sans interruption sans crainte de dérangements. Le petit moteur donne environ 6,000 tours à la minute, tous très réguliers, produisant une vibration continue qui se transmet au crâne tout entier par l'intermédiaire des lames du casque. La tête tout entière vibre dans son ensemble ainsi qu'il est facile de s'en assurer en plaçant les mains sur une apophyse mastoïde. L'appareil en marche fait entendre un bruit continu, sorte de *bourdonnement doux* qui n'est peut-être pas indifférent à noter au point de vue de la pathogénie des résultats obtenus. On peut à volonté augmenter ou diminuer et le nombre et l'amplitude des vibrations par un procédé de réglage fort simple.

L'appareil posé sur la tête d'un sujet *sain* est parfaitement toléré et sa marche ne cause aucune gêne. Au bout de 7 à 8 minutes on a une sensation d'engourdissement qui envahit toute l'économie et porte presque invariablement au sommeil. De fait l'expérience a démontré qu'une séance de 10 minutes faite vers 6 heures du soir procurait un sommeil calme dans la nuit correspondante. Huit ou dix séances triomphent de l'insomnie lorsque celle-ci n'est pas liée à une affection organique de l'encéphale.

Dans trois cas la vibration s'est montrée comme l'avait vu déjà Boudet de Pâris très efficace pour faire avorter des accès de migraine.

Trois personnes atteintes de neurasthénie ont été traitées de cette façon, deux ont guéri, la troisième a interrompu le traitement alors qu'elle était déjà améliorée mais non guérie.

La vibration agit en faisant disparaître d'abord les symptômes céphaliques en particulier les vertiges et le casque douloureux si spécial à cette affection. Ce qui semble bien montrer que les vibrations agissent particulièrement sur l'encéphale c'est que dans un cas où les phénomènes spinaux étaient prédominants, la plaque sacrée, la faiblesse des membres inférieurs, l'impotence sexuelle relative disparurent sans qu'on eût besoin de recourir à des vibrations le long de la colonne vertébrale. Chez ce malade l'électricité statique avait complètement échoué.

Il n'est pas douteux, d'après tout ce que je viens de dire, que la vibration ainsi pratiquée ne soit un sédatif puissant du système nerveux.

On sait que depuis longtemps les médecins aliénistes emploient, dans le traitement de certaines formes de l'aliénation mentale, des courants trans-cérébraux. On conçoit que les vibrations rapides propagées à l'encéphale puissent amener des modifications bienfaisantes. Dans un cas de *dépression mélancolique* des résultats très favorables ont été obtenus et la vibration semble avoir complètement enrayé la marche d'un accès qui, à l'époque où le traitement avait été commencé, ne présentait aucun indice de rétrocession.

Je ne puis en dire davantage pour le moment, car, vous le voyez, les expériences sont en pleine période d'activité : ce que j'ai rapporté est suffisant pour vous montrer les avantages que l'on peut retirer de la médecine vibratoire.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos du Congrès d'Anthropologie criminelle de Bruxelles.

A l'occasion d'un article récent du *Progrès médical* sur le *Congrès d'Anthropologie criminelle* de Bruxelles, nous avons reçu la protestation suivante :

Nervi, près de Gênes (Italie), 17 août 1892.

Monsieur le Directeur et très distingué Collègue,

Je viens de lire, dans le N° 33 du *Progrès médical* (13 août), le compte rendu du *Congrès d'Anthropologie criminelle* et la très courte note de M. B. (Marcel Baudouin) sur l'absence de tous les anthropologues et pénalistes italiens. Les motifs politiques allégués dans cette note pour expliquer notre absence sont inexacts. La *Triple Alliance* n'a rien à faire ici, et tous les savants français qui nous font l'honneur d'entretenir avec nous une correspondance mutuelle d'amitié et d'estime savent très bien que s'il y a en Italie de l'affection et de la sympathie très vives pour la France et pour tout ce qui se rapporte à sa belle langue et à son admirable activité scientifique et littéraire, c'est précisément parmi les médecins aliénistes, les anthropologistes, les pénalistes de la nouvelle Ecole. Ne sommes-nous pas tous les héritiers du génie du grand Morel ? N'avons-nous pas le souvenir continuel des éminents travaux de Ferrus, de Despine, de Lasègue, de Baillarger, pour citer seulement les disparus et ne pas faire des sélections toujours déplorables parmi les vivants ?

Certainement, je déplore avec vous qu'au *Congrès de Bruxelles* tels Italiens *aient brillé par leur absence* ; et si j'avais pu prévoir que ce fait pût donner lieu à un malentendu, j'y serais venu, coûte que coûte, dans ces horribles chaleurs d'été qui nous portent tous, nous, Italiens, sur les monts ou sur la mer *al dolce far niente*.

Mais il y a encore quelques autres considérations à vous présenter et vous me permettrez de le faire en toute franchise.

En premier lieu, il serait tout à fait oiseux de nous attribuer l'idée ridicule, grotesque, d'avoir voulu protester par là *contre la langue française*. Est-ce que nous pouvons ignorer que votre langue, admirable pour sa netteté et sa précision, est toujours celle des Congrès internationaux ? Je fais partie du Comité général du *Congrès international de Médecine* qui se réunira à Rome en 1893 ; et je sais bien que nous-mêmes, dans le centre de notre patrie, devrons parler français pour être entendus par tous les Collègues des autres pays. Et ce que je sais, le savent également mes amis de la nouvelle Ecole qui *ont brillé*, etc., etc.

En deuxième lieu, notre absence d'un Congrès qui se réunissait *en Belgique* ne peut, ne doit pas être interprété dans un sens défavorable pour *la France*, qui est, je le répète, dans tous nos cœurs, car il n'y a aucun de nous en Italie (je vous le rappelle) qui ne sente la vérité de cette proposition de Victor Hugo (?) : « *Chaque homme civilisé a deux patries, la sienne et la France.* »

En troisième lieu, la vraie, la SEULE raison de notre absence, nous l'avons énoncée, publiée et imprimée sur tous les journaux scientifiques italiens et sur beaucoup de journaux étrangers, en *mai* de cette année : nous avons jugé qu'un *Congrès d'Anthropologie criminelle*, à la distance de trois ans seulement de celui de Paris, était quant à présent inutile : 1° Parce que durant toute cette période il n'a paru rien de nouveau, de remarquable qui pût changer l'aspect de la ques-

tion sur la nature du crime et sur la classification des criminels ; il est tout à fait inutile de discuter éternellement sur des théories ou des vues théoriques sans apporter des faits nouveaux ; — 2° Parce que la Commission qui était chargée de recueillir des documents positifs sur la comparaison des honnêtes gens avec les criminel nés, n'avait *rien* fait, *rien préparé*, rien *disposé* pour une discussion vraiment pratique.

M. B. (Baudouin), qui nous a dirigé sa note politique à base de *Triple Alliance*, pouvait s'informer auparavant sur les motifs de notre absence : très probablement sa courtoisie française nous aurait épargné une accusation que nous ne méritons pas et contre laquelle je me permets, pour moi et pour mes collègues, de protester. Car, si on veut vraiment entretenir parmi nous des liens de solidarité et d'amitié (et c'est ce que tous les patriotes et les amis de la paix souhaitent de tous leurs vœux) on ne devrait jamais fausser les intentions des uns par celles des autres. Nous sommes convaincus que l'écrivain même a laissé sa plume courir au-devant de ses idées et ainsi les a dénaturées.

Une dernière considération et j'ai fini. Vous semblez croire que nous tous Italiens formons une *phalange* qui obéit à un seul chef, à un seul maître, à M. le professeur Lombroso. C'est vrai que nous avons tous pour notre éminent et génial compatriote les sentiments de la plus profonde estime et que nous nous déclarons, tous, ses élèves ; mais il y a aussi, parmi les anthropologues et pénalistes italiens, des divergences. Pour ma part, et mon ami M. Lacassagne peut le confirmer, je vais depuis quelques années me détachant de M. Lombroso sur l'appréciation de la nature du *crime*. Au premier *Congrès de Rome* (1887) j'ai déclaré, et parmi les Italiens j'étais alors tout seul, qu'il fallait donner le pas à la sociologie par la biologie. Maintenant, je crois que, aussi pour apprécier la nature de la *folie*, c'est à l'élément sociologique avant tout qu'il nous faut nous adresser. En m'élevant contre la théorie de Lombroso sur l'origine épileptique et dégénératrice du *génie*, j'ai encore soutenu le même droit de la sociologie pour expliquer ce phénomène psychique individuel.

Vous voyez donc qu'il n'y a pas dans l'Ecole italienne une condition immuable, stéréotypée, dépourvue d'idée de progrès (et j'appelle *progrès* tout ce qui sert au mouvement des idées scientifiques, avant tout la discussion). Cependant, si je m'élève contre la note politique insérée dans votre journal, on ne peut pas me soupçonner de servilisme pour personne : je suis fier de mon indépendance scientifique, et, si je vous adresse cette protestation, c'est seulement pour conserver intacte la dignité de la science italienne et ne pas la laisser ternir par des préoccupations politiques.

Agréez, Monsieur le Docteur et très estimé Collègue, mes compliments.

Pr Enrico MORSELLI.
Directeur de la Clinique des maladies mentales à l'Université de Gênes.

Le secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, M. le Dr Marcel Baudouin, en ajoutant à son article une note explicative sur les prétendus motifs de l'absence au Congrès de Bruxelles d'un certain nombre de savants, appartenant à des nationalités diverses, n'a fait, croyons-nous, que traduire un peu vivement les renseignements qui lui avait été donnés et qu'il avait des raisons de croire exacts. Bien que, au dire de notre savant correspondant, ces renseignements soient erronés, nous ne regrettons pas la publication de la note de notre collaborateur puisqu'elle nous a valu la lettre très intéressante et très instructive que l'on vient de lire.

Avec M. le professeur Morselli, nous [illegible] les Congrès internationaux trop multipliés et trop [illegible] sont d'une utilité douteuse : nous ajouterons [illegible] à notre avis ils peuvent compromettre l'existence de cette excellente institution. En ce qui concerne l'*anthropologie criminelle*, au lieu d'en faire un congrès à part, peut-être eût-il été préférable de la réunir à la psychiatrie et à la neurologie, puisque la plus grande partie des criminels, étudiés avec un soin croissant au point de vue pathologique et au point de vue sociologique, relèveront de plus en plus de la compétence des aliénistes. Des asiles spéciaux sont créés partout pour les aliénés, enlevés aux prisons. Un jour viendra, assez prochain, nous l'espérons, où un grand nombre de criminels seront, eux aussi, extraits des prisons et placés dans des asiles spéciaux.

M. Morselli parle de la langue et de la science françaises en termes chaleureux et exprime en son nom et au nom de ses amis ses profondes et sincères sympathies pour la France. Nous l'en remercions vivement.

Les relations cordiales que nous avons en Italie, les visites fréquentes que nous avons reçues à Bicêtre, dans notre service, de médecins distingués de l'Italie, nous avaient déjà appris d'ailleurs que la science et les idées françaises avaient dans ce pays de fervents partisans. M. Morselli, si bien placé pour bien connaître la situation, nous confirme dans cette opinion et nous sommes heureux d'apprendre de lui que ces partisans existent plus particulièrement parmi ceux qui ont surtout à cœur l'amour du progrès et de l'humanité et qui se préoccupent sans cesse des réformes destinées à apporter plus de lumières et plus de bien-être dans notre organisation sociale.

BOURNEVILLE.

Les Congrès scientifiques de Moscou en Août 1892.

Cette semaine a eu lieu à Moscou le Congrès international d'archéologie et d'anthropologie préhistorique, et quelques jours après se réunissait dans la même ville le Congrès international de zoologie. En même temps s'ouvrait une magnifique exposition d'acclimatation et de botanique, où l'on peut se rendre compte de toutes les richesse végétales de la Russie, et où se trouve un pavillon d'apiculture. Bientôt une importante exposition de géographie, comprenant de nombreux objets d'ethnographie, sera aussi livrée au public.

Nous ne pouvons, on le comprend, insister ici sur ces différentes expositions ; mais nous devons dire un mot du Congrès d'anthropologie, auquel assistaient des savants connus du monde entier : le Pr Virchow, dont nous signalions la semaine dernière l'arrivée en Russie ; le Pr H. Milne Edwards (de Paris), etc. La séance solennelle d'ouverture de ce Congrès a eu lieu le 1/13 août, sous la présidence d'honneur du grand-duc Serge Alexandrovitch, gouverneur de Moscou.

Le prince GALITSYN, président, a fait d'abord l'historique du Congrès et rappelé qu'il se réunissait cette fois à Moscou, suivant le désir exprimé au dernier Congrès de 1889 à Paris : les adhésions ont afflué de toutes les parties de la Russie et de l'étranger et ont atteint jusqu'à ce jour le chiffre de *six cents*, parmi lesquels on compte plus de cent adhérents Français.

Après avoir formulé l'espoir de voir un congrès commencé sous de si heureux auspices se terminer au grand profit de la science, le prince Galitsyn a donné la parole à M. ALEXEIEF, maire de Moscou, qui a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès, au nom du conseil municipal de Moscou. Puis M. BOGOLIEPOF, recteur de l'Université, les a salués au nom de l'Université.

Le Président a alors donné la parole à M. le Pr VIRCHOW. Le discours [illegible] qu'il a prononcé et dans lequel il a exposé ses [illegible] sur les [illegible] de l'anthropologie ne séduira peut-être pas tout le monde, mais quand un homme de cette envergure parle, force est bien de tenir compte dans une fort large mesure des arguments qu'il défend.

Le Congrès international d'archéologie et d'anthropologie préhistoriques a été clos le [illegible]1 août. Le prochain congrès aura lieu à Constantinople ou à Athènes.

La Chaleur en août 1892.

Les médecins ne sauraient se désintéresser des terribles chaleurs que nous avons subies la semaine dernière à Paris et surtout dans le midi de la France. Aussi nous a-t-il semblé utile de rapprocher les uns des autres quelques chiffres et certains faits qui en diront plus que de longs discours.

Nous n'insisterons pas sur les nombreux cas d'*insolation* mentionnés un peu partout. Rappelons seulement que, pendant les manœuvres militaires de la semaine dernière, en France et à l'étranger (Vienne, Berlin, etc.), ils ont été très fréquents; quelques-uns se sont terminés par la mort. Récemment on signalait, à Vienne, le décès de trois personnes ; le lendemain il en mourait deux autres. A Wœhring, ville proche de la capitale de l'Autriche, plusieurs cas mortels ont été observés dans la journée du 19 août. Ajoutons-y trois morts par la même cause à Budapesth.

A Rigeldorf (Basse-Alsace), un vigneron a été frappé au milieu de son champ et a expiré quelques instants après. On a signalé aussi plusieurs décès à Berlin, à Dolhain (Belgique), etc. A Posen (Allemagne), un grand nombre de soldats ont été malades pendant des exercices militaires.

Pendant les dernières manœuvres de brigade, à Semblançay (Indre-et-Loire), deux soldats ont succombé aux suites d'une insolation et près de 200 hommes, au dire des journaux, ont dû entrer à l'hôpital de Tours.

Aussi, en présence des regrettables événements signalés pendant ces manœuvres de Touraine et de ceux qui viennent de se produire dans un certain nombre de corps d'armée pendant les marches préparatoires des manœuvres d'automne, M. le Ministre de la Guerre a-t-il cru devoir adresser, mardi dernier, aux commandants de corps d'armée, la dépêche suivante :

« De nombreux cas d'insolation, dont plusieurs dus à l'inobservation des règlements et de mes récentes circulaires, se sont produits sur divers points du territoire. Je vous prie de m'envoyer d'urgence un rapport spécial sur les accidents qui seraient survenus dans votre corps d'armée, en établissant nettement les responsabilités. »

Faut-il relever maintenant quelques températures ? Les chiffres suivants suffiront pour édifier le lecteur. A Paris, le 18 août, il y avait 35°,2 (maximum) ; le 23, plus de 32°, dans l'après-midi.

En province, la chaleur a encore été plus accablante dans certaines régions. Le 18 août il y avait 37° à Belfort ; le 19, on notait 29° à l'ombre à Lyon ; le 20, à Nîmes, 38°, etc. Dans les Alpes de Maurienne, le 17 août, une batterie alpine a eu à supporter pendant une marche une chaleur torride de 31° à l'ombre et les voitures d'ambulance étaient remplies de malades.

Ces fortes chaleurs n'ont pas amené seulement des décès par insolation. Dans certaines contrées, comme on le devine sans peine, elles ont été accompagnées de perturbations atmosphériques considérables, qui ont été suivies de pluies torrentielles, de grêle, de coups de tonnerre, etc.

Parmi les accidents graves dûs à la *grêle*, qui a accompagné les orages des pays de montagnes, nous pouvons citer les suivants. Un conducteur d'omnibus de Fabrezan à Lésignan (Aude), a été *assommé par la grêle* sur le siège de sa voiture. Quelques touristes, près de Mont-Louis (Pyrénées-Orientales), ont été sérieusement blessés par des grêlons d'une grosseur énorme.

La *foudre* n'a pas manqué de faire des siennes et si nous insistons sur les ravages qu'elle a faits sur certaines personnes, c'est que les médecins connaissent encore fort mal tout ce qui a trait aux accidents dus à la *fulguration*. Aux environs de Toulouse, il y a eu des blessés. A Ganay, près Saint-Lô, une femme a été tuée, et à Saint-Gilles, non loin de là, une autre femme a été trouvée carbonisée sous des décombres. A Rochefort (Gard), deux personnes réfugiées dans un grenier à foin ont été foudroyés. Enfin, à Villers-Bocage, le cheval d'un médecin, le docteur Dietz, aurait été tué par le tonnerre. Nous serions reconnaissants à ce confrère s'il pouvait nous faire parvenir l'observation de cet accident. On sait d'ailleurs que les quadrupèdes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes vis-à-vis de la foudre, sans qu'on sache bien exactement pourquoi.

M. B.

Laïcisation des hospices de Roubaix. — On sait que le Conseil municipal de Roubaix avait décidé, dans sa dernière séance, que les établissements hospitaliers qui refuseraient de laïciser seraient privés de toute subvention. La Commission administrative du Bureau de bienfaisance s'est réunie et a décidé, par quatre voix contre trois, de repousser la laïcisation.

L'Hygiène des armées aux colonies. — Le Ministre de la marine et des colonies vient de prescrire aux chefs des corps de troupes de son département de répandre parmi les hommes qu'ils commandent des instructions relatives aux précautions à prendre pour une expédition dans les pays tropicaux. Les conseils donnés aux soldats ont pour but de développer l'initiative individuelle de chacun d'entre eux. Au départ de la colonne, « chaque homme, disent ces instructions, devient en partie responsable de sa santé. Souvent isolé ou par petits groupes, il n'aura plus l'officier pour se guider; il devra, bien des fois, agir de lui-même et savoir qu'il a désormais à lutter contre les principaux ennemis : le soleil, la fièvre et la dysentérie ». Les prescriptions d'hygiène données aux soldats contiennent de minutieux détails pour chacune des circonstances de la vie en campagne, pour la marche, pour les haltes, pour la nuit. Les recommandations sont simples et peuvent être facilement comprises de tous ; elles visent spécialement les précautions à prendre contre les insolations, contre les refroidissements, les soins de propreté, etc. Ces instructions rendront les plus grands services aux hommes des corps expéditionnaires en leur fournissant un guide sûr pour les soins à prendre en campagne.

La lutte contre le tout a l'égout. — Le Comité d'assainissement de la Seine en aval de Paris a été reçu, le 20 août dernier, par le préfet de Seine-et-Oise, qui l'a prié d'intervenir auprès du Gouvernement pour demander que la Ville de Paris fût tenue de faire cesser au plus tôt l'infection de la Seine, qu'elle pollue par le déversement de ses eaux d'égout, qui contiennent une grande quantité de matières de vidange. Le Préfet a assuré le comité de tout son concours, et il lui a dit qu'il avait été très affecté des épidémies que les eaux de la Seine avaient propagées en Seine-et-Oise. Le comité se propose d'inviter les communes intéressées à former un syndicat, dans les termes de la loi municipale de 1884, pour défendre leurs intérêts et leurs droits collectifs contre la ville de Paris. — Ces jours derniers, le conseil général de Seine-et-Oise a émis le vœu que la ville de Paris construise le canal de Paris à la mer pour désinfecter la Seine et que le gouvernement soit invité à coopérer à cette dépense.

Ecole de santé de la marine. — *Récompenses.* — Un témoignage de satisfaction a été décerné par le Ministre de la marine à MM. Laurent, Crozet et Triboudeau, élèves de l'Ecole de santé de la marine, pour les prix qu'ils ont obtenus à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 août 1892. — PRÉSIDENCE DE M. A. LARREY.

La Lèpre en Bretagne.

M. ZAMBACO (de Constantinople). — La lèpre n'a point disparu en Bretagne depuis le VIIe siècle de notre ère. Elle y est de nos jours à l'état sporadique, sans tendance à se généraliser. De plus, individuellement, la maladie ne fait pas de grands ravages et on ne la voit point présenter ces mutilations qu'on observe en Orient. Il y a cependant des exceptions et, même en Bretagne, on peut voir de vastes ulcères datant de 15 à 20 ans, des figures léonines, des mains réduites à des moignons informes. Les lépreux existent encore en Bretagne, les vestiges historiques qu'on rencontre en ce pays sont là pour témoigner de l'ancienneté du mal. M. Morvan a décrit un type de panaris analgésique qui ne serait autre chose qu'une forme mutilante de la lèpre. La syringomyélie elle-même ne serait autre chose que la forme anesthésique de la lèpre de Danielsen.

M. LANCEREAUX partage l'avis de M. Zambaco. On sait que les cas de lèpre se cantonnent d'habitude au voisinage de la mer, or les malades atteints du mal de Morvan habitent le littoral. Le rhumatisme chronique avec troubles trophiques peut être confondu avec la lèpre, mais s'il y a anesthésie dans la lèpre, il n'en est pas de même dans le rhumatisme chronique.

M. VIDAL. — M. Zambaco a-t-il noté chez ses malades, sur le trajet des cordons nerveux, quelques-unes de ces nodosités, quelques-uns de ces névromes qui sont un des principaux signes de la lèpre anesthésique?

M. ZAMBACO a nettement trouvé les cordons nerveux gonflés et volumineux chez les malades atteints de maladie de Morvan.

M. VIDAL. — M. Zambaco a-t-il extirpé ces névromes et les a-t-il examinés au microscope? Y a-t-il trouvé le bacille lépreux?

M. ZAMBACO n'a pas fait les recherches bactériologiques dont parle M. Vidal. D'ailleurs, ajoute-t-il, la présence du bacille n'est pas constante chez les lépreux. Les indigènes de Constantinople n'ont pas la lèpre, ou bien, s'ils l'ont, c'est qu'ils descendent de parents ayant habité des pays où la lèpre sévissait.

M. LANCEREAUX. — La lèpre héréditaire a-t-elle des manifestations identiques à celle qui ne l'est pas?

M. ZAMBACO. — Absolument semblables. Un lépreux à forme tuberculeuse peut engendrer un enfant ayant des manifestations de lèpre tuberculeuse ou bien de lèpre anesthésique, ce qui prouve bien l'identité des mêmes affections. La lèpre, dans la forme atténuée qu'elle présente en Bretagne, n'est pas contagieuse. D'ailleurs, les malades atteints de maladie de Morvan circulent librement. M. Zambaco ajoute que la lèpre chez les peuples du Nord, qui n'ont que peu de rapports avec les Orientaux, est une preuve de plus en faveur de l'hérédité de l'affection.

J. DAURIAC.

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ PUBLIQUE DE LA SEINE.

Séance du 19 août 1892.

La diarrhée cholériforme de la banlieue de Paris.

M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ a rendu compte des *opérations du comité permanent pendant la première quinzaine du mois d'août.* Voici la partie de ce rapport relative aux cas de diarrhée cholériforme.

La diminution si considérable de diarrhée cholériforme notée dans l'avant-dernière quinzaine s'est encore notablement accentuée dans la quinzaine qui vient de s'écouler, et cela, tant dans la population parisienne que dans les communes suburbaines.

Voici d'ailleurs des chiffres :

Du 20 juillet au 3 août, *dans la banlieue*, il y a eu 72 décès par diarrhée cholériforme.

Du 4 au 17 août, 33 décès seulement.

La diminution est encore plus accusée pour *Paris*, durant la même période : du 20 juillet au 3 août, il y avait eu, dans différents quartiers de Paris, 34 décès par diarrhée cholériforme ; du 4 au 17 août, il y en a eu seulement 16.

Ce chiffre de *seize* décès pour la population parisienne, qui dépasse 2,500,000 habitants, correspond très exactement à la mortalité par diarrhée cholériforme que l'on observe chaque année dans la capitale, lorsque surviennent les grandes chaleurs. Il est même intéressant de noter que malgré l'élévation si intense de la température, qui s'élève de beaucoup (de plus de 10 degrés) au-dessus de la moyenne habituelle, cette mortalité ne s'est pas accrue. On peut donc affirmer que l'épidémie de diarrhée cholériforme est actuellement tout à fait enrayée, dans Paris comme dans les diverses communes du département de la Seine.

Toutefois, en présence de la température anormale de cet été, il est bon de rappeler une fois de plus, à la population parisienne ainsi qu'à celle de la banlieue de la Seine, quelle réserve, quelle mesure il convient de mettre dans le choix et et l'usage des boissons que l'on consomme, et combien il faut soigneusement surveiller les plus légers troubles intestinaux. Grâce aux libéralités du conseil municipal, les prescriptions formulées par le Conseil vont être largement vulgarisées. En effet, 20,000 exemplaires des « Instructions » que vous avez récemment revisées et approuvées pour la prophylaxie des maladies contagieuses, vont être, conformément aux intentions du conseil municipal, distribués, par les soins de la préfecture de police, dans tous les milieux, dans toutes les agglomérations où elles pourront être mises en pratique avec grand profit.

A la fin de ce rapport, M. Dujardin-Beaumetz constate que, par contre, la *fièvre typhoïde* est en recrudescence. Dans la dernière quinzaine de juillet, il avait été signalé au bureau des épidémies 77 cas de fièvre typhoïde; dans la première quinzaine du mois d'août courant, il en a été signalé, au même service, 93 cas. C'est le 11e arrondissement qui est toujours le plus éprouvé : 17 cas dans la dernière quinzaine de juillet, 18 cas dans la première quinzaine d'août. Le 12e et le 18e arrondissements, qui n'avaient que 4 ou 6 cas dans la dernière quinzaine de juillet, en ont eu 13 et 18 dans la première quinzaine d'août.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — M. le privat docent HOPPE SEYLER est nommé professeur extraordinaire.— *Faculté de médecine de Munich*: M. H. RUDIR est nommé privat docent de médecine interne. — *Faculté de médecine de Berne*: M. A. SANTI est nommé privat docent de dermatologie et de syphiligraphie.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — Le Ministre de l'Instruction publique a décidé, sur la proposition de la commission centrale du comité des travaux historiques et scientifiques, que le 31e Songrès des Cociétés savantes s'ouvrirait, à la Sorbonne, le mardi 4 avril 1893, c'est-à-dire pendant les vacances de Pâques. Les membres du congrès devront adresser au ministère de l'instruction publique, direction du secrétariat, 1er bureau, avant le 1er février 1893, date extrême, le manuscrit de leurs communications s'ils se proposent de faire une lecture, et simplement le titre du sujet qu'ils désirent traiter, s'il s'agit d'une communication verbale.

HYGIÈNE ET MARCHANDS DE COCO. — Un de nos confrères a annoncé que la Préfecture de police, considérant les marchands de coco comme des agents de l'épidémie cholériforme, les avait purement et simplement supprimés. Renseignements pris, il n'a jamais été question, pas plus au service de salubrité qu'à celui des stationnements, de prendre contre ces commerçants une aussi rigoureuse mesure.

HOSPICES CIVILS DE SAINT-ETIENNE. — *Concours pour une place de médecin.* — L'administration des hospices civils de St-Etienne (Loire) prévient que, le lundi 14 décembre 1892, un concours public pour une place de médecin sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le Conseil d'administration assisté d'un jury médical ; il durera 5 jours et se composera de 5 épreuves. Le médecin nommé à la suite de ce concours entrera en fonctions le 1er janvier 1893. Son traitement sera de 1,500 francs par an. S'adresser, pour les conditions particulières, au secrétariat des hospices de Saint-Etienne, rue Valbenoite, n° 40.

REVUE CHIRURGICALE

IV. — Cure radicale de la hernie sans étranglement chez la femme ; par le Dr Championnière (*Journal de médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 octobre 1891).

V. — Résultats obtenus par la cure radicale de la hernie sans étranglement; par le Dr Championnière (*Journal de médecine et de Chirurgie pratiques*. 25 septembre 1891).

VI. — De l'extension continue appliquée au membre inférieur; par le Dr J. Hennequin (*Journal de médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 août 1891).

VII. — L'épilepsie Jacksonnienne et la trépanation. Sur les indications de la trépanation pour accidents cérébraux; par le Dr Lucas-Championnière, directeur de l'hôpital Saint-Louis (*Journal de médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 août 1891).

VIII. — Cure radicale de la hernie inguinale chez la femme et en particulier de la hernie congénitale ; par le Dr Lucas-Championnière (*Journal de médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 juillet 1891).

IX. — De l'entéro-anastomose par opération de Maisonneuve. Procédés opératoires, indications, résultats; par le Dr Chaput, chirurgien des hôpitaux (*Archives générales de médecine*, 1891, mai et suivants).

IV. — L'auteur a opéré 39 hernies chez la femme : 11 ombilicales, 17 inguinales, 11 crurales. Sans exception, les résultats ont été excellents, sans mortalité ni incidents fâcheux. Le port du bandage, plus difficile que pour l'homme, est une tare grave pour les jeunes filles et n'est pas toujours accepté. La guérison spontanée ou par le bandage n'est souvent qu'apparente; au moindre effort, à la suite d'une grossesse, la hernie reparaît. Et après les grossesses la hernie est dans de plus mauvaises conditions. Chez les femmes, la hernie est souvent douloureuse, irréductible et progressive ; les femmes deviennent obèses, emphysémateuses et même diabétiques. Les douleurs, soit constantes, soit à l'époque des règles, sont un argument pour l'intervention. Il faut intervenir chez des sujets jeunes si on veut conserver à l'opération ses caractères de sécurité. On peut, chez la femme, obtenir des résultats plus solides encore que chez l'homme. Les parois cicatricielles, après cure radicale ou laparotomie, résistent très bien à la distension de la grossesse. La deuxième hernie opérée par l'auteur en 1881 portait une hernie inguinale volumineuse qui descendait jusqu'au genou, depuis elle a accouché 2 fois et sa paroi est restée parfaitement solide. Il ne faut opérer les femmes âgées que pour certains accidents manifestes ; chez les jeunes femmes on devra éviter l'époque des règles.

Hernie ombilicale. — Elle est assez commune chez les femmes jeunes à la suite d'accouchements ; ces femmes sont souvent obèses, emphysémateuses et diabétiques. L'étranglement se produit rapidement. Cette hernie est facile à opérer et donne des résultats très solides. Les trois actes nécessaires se font sous les yeux : 1° Destruction de la séreuse jusque dans le ventre ; 2° Destruction exacte par ablation des parties contenues ; 3° Réunion solide des parois fibro-musculaires au-devant de la séreuse bien réunie. Le sac est souvent très mince, l'épiploon très adhérent demande un traitement soigneux. Le sac est quelquefois assez grand pour qu'on soi obligé de la réunir par une suture en chaîne. Les parties fibreuses doivent être réunies par deux ou même trois plans de sutures. Les suites de l'opération sont très bonnes, quoique les hernies étaient énormes ; une d'elles avait 78 centimètres de tour et contenait la moitié de l'estomac, le côlon transverse, un mètre d'intestin grêle et 580 grammes d'épiploon. L'accident le plus grave observé a été des accès d'étouffements. La guérison a toujours persisté, sauf chez cette femme, dont l'état est resté satisfaisant.

Hernie inguinale. — Cette hernie est plus fréquente qu'on ne le suppose habituellement. Souvent petite, elle est en revanche presque toujours douloureuse. Le plus souvent elle est congénitale ; le ligament rond fait le plus souvent partie du sac ; on doit toujours l'extirper. L'auteur a revu ses opérées et a constaté toujours une persistance irréprochable des résultats.

Hernie crurale. — Chez la femme elle est aussi habituellement douloureuse, cela tient à ce que ce sont souvent des épiplocèles avec adhérences. Pour un bon résultat il ne faut pas se contenter de disséquer la partie exubérante du sac, mais fendre l'anneau fibreux largement et remonter plus loin. Cet achèvement nécessaire de l'opération est quelquefois un peu difficile.

La cure radicale de la hernie chez la femme donne donc des résultats excellents, et, en dehors des sujets malades et cachectiques, M. Championnière, avec la grande expérience qu'il a de cette question, pense qu'on ne devrait jamais laisser sans cure radicale les hernies d'une femme encore jeune.

V. — En 10 ans, le Dr Championnière a fait 254 opérations de cure radicale. Il n'a eu que 2 morts, un opéré dans de mauvaises conditions et un autre d'étranglement interne ; des masses énormes d'épiploon ont été réséquées : 540, 620 et 840 gram. ; dans deux de hernie de vessie largement ouverte, les malades ont été guéris. L'auteur, malgré cette statistique favorable, considère l'opération comme difficile. Le plus grand nombre des opérés n'ont pas porté de bandage.

L'opération est ainsi pratiquée : 1° destruction de la séreuse dans la plus grande étendue possible, jusque dans le ventre ; 2° destruction de tout l'épiploon accessible, possible à attirer à sac ; 3° constitution dans la région herniaire de la défense par une cicatrice puissante et étendue.

Sur 254 cas, l'auteur a opéré : hernies inguinales, hommes 205, dont 59 congénitales, femmes 17 ; hernies crurales 14 : 11 femmes, 3 hommes ; hernies ombilicales : 11 grosses chez la femme ; hernies épigastriques : 6, dont 5 chez l'homme ; hernie traumatique, 1. Parmi les hernies inguinales chez l'homme, les plus satisfaisantes sont les congénitales.

Chez toute femme jeune, la cure radicale est indispensable et assurée de donner des résultats efficaces. La cure radicale aujourd'hui doit être la règle ; les enfants, à partir de 7 à 8 ans, supportent bien l'opération. L'opération est dangereuse chez le vieillard. Le volume énorme d'une hernie n'est une bonne indication à aucun point de vue.

VI. — A l'idée d'extension est liée l'idée d'allongement, de déplacement d'un levier dans le sens de sa longueur. La traction est la force motrice, l'extension le travail utile. Les deux termes ne sont donc pas synonymes. La traction pour être utile doit être supérieure aux résistances.

Aussi souvent voit-on un poids attaché à un malade sans produire aucune extension. Les causes de la déperdition de la force de traction sont nombreuses, les frottements multiples, une fixation vicieuse de la force motrice sur le segment mobile du membre, un choix défectueux des points d'appui, une mauvaise direction donnée aux agents moteurs.

De l'extension continue. — Les progrès de cette méthode sont dus à la flexion de la jambe à 40° sur la cuisse et à la fixation par la cravate en 8 de chiffre sur le genou et la jambe. Le seul obstacle à l'extension est la douleur à la pression. Il faut donc réduire la traction au minimum en diminuant les résistances. Il faut prendre ces points d'appui sur des régions tolérantes, bien pourvues de tissus mous. Il faut aussi répartir la pression au point d'appui sur des régions très pourvues de parties molles ; il faut protéger ces parties d'une couche d'ouate.

Des agents moteurs. — Ce sont la gravité, les corps pesants, les corps élastiques. La traction par les poids est la meilleure, elle est continue et pondérable.

Des résistances. — Les résistances inévitables sont représentées par la tonicité des muscles et l'élasticité de la peau. Les résistances accidentelles sont actives, intermittentes, de courte durée comme les contractions ou les contractures musculaires. Les résistances accidentelles de causes externes : les fragments du segment inférieur sur le pied du lit et des appareils, le plan incliné ascendant le long duquel doit glisser la jambe des malades dont on a fait élever le pied du lit.

Points d'appui. — Les leviers qui peuvent servir de points d'appui sont le pied et les os de la jambe, celle-ci étant fléchie sur la cuisse.

Les saillies osseuses sont les malléoles, les condyles du fémur et le bord supérieur de la rotule. Le seul relief musculaire est

la saillie du mollet. Les téguments de la jambe et de la cuisse sont souvent utilisés. Les leviers osseux seuls transmettent intégralement la traction au fémur, c'est sur eux que doit s'exercer la traction, mais il faut ménager la susceptibilité des téguments par une couche épaisse de ouate.

Mode de transmission de la traction aux différents points d'appui du segment mobile. Le point de fixation le meilleur semblerait être le fémur. Les condyles chez les gens amaigris peuvent retenir les lacs circulaires, mais ils ont à lutter contre l'élasticité de la peau et les lacs s'appuyant à la rotule, une partie de la force est transmise au bassin par le droit antérieur, de plus la pression est douloureuse. Chez les personnes bien musclées, les lacs glissent.

La fixation par des lacs circulaires sur les muscles du mollet est assez bonne, mais ces muscles s'atrophient et l'effort n'est plus supporté que par la peau. La fixation directe aux téguments est la plus mauvaise de toutes.

Une traction appliquée à la partie postérieure et supérieure de la jambe fléchie à 40° sur la cuisse et transformée en levier du 1er genre se transmet intégralement par l'intermédiaire des ligaments du genou à l'extrémité inférieure du fémur. Ce sont donc ces points d'appui qui devront être choisis.

Position à donner au membre inférieur. — Faire reposer la cuisse sur un plan horizontal et fléchir la jambe à 40°. La traction doit : 1° prendre ses points d'appui sur le squelette du segment mobile ; 2° être dirigée dans l'axe du membre ; 3° assez puissante pour vaincre toutes les résistances actives et passives ; 4° tolérable et inoffensive, par conséquent réduite à son minimum; 5° ne prendre ses points d'appui que sur des régions abondamment pourvues de tissus mous. La contre-extension est produite par le poids de la jambe et du muscle opposé.

Description de l'appareil. — 1° Une petite gouttière crurale, inutile pour les fractures du col et les coxalgies ; 2° de deux ou d'une serviette cylindrée ou en toile roide, selon que l'on se sert ou non de la gouttière ; 3° de deux bandes en toile neuve autant que possible, de 10 à 12 mètres de longueur sur 5 centimètres de largeur ; 4° d'une livre de ouate ; 5° d'une cordelette de 1 mètre 50 de longueur se réfléchissant sur une poulie ou tout autre corps ; 6° de corps pesant d'un poids connu.

Le malade étant couché, on découd le matelas de son angle inférieur jusqu'à un travers de main en dessous d'une ligne transversale correspondant au pli du creux poplité du membre malade. La bourre est enlevée sur une largeur de 25 à 30 centimètres. On réunit les deux toiles du matelas aux limites de la bourre, on met de l'ouate sur le pied, la jambe et le 1/4 inférieur de la cuisse et on fait une compression modérée avec les bandes de toile. Ensuite on place une des serviettes placée en cravate sur la face antérieure de la rotule, ses chefs se croisent sur la face postéro-supérieure du mollet, puis circonscrivent obliquement la partie supérieure de la jambe et sont noués sur la ligne médiane au niveau du tiers supérieur du tibia. L'anneau supérieur du 8 de chiffre empêche sur la rotule le glissement de l'anneau inférieur ; l'anneau inférieur transmet la traction. La gouttière est glissée sous la cuisse. On fixe par un simple nœud coulant une des extrémités de la cordelette à l'anneau inférieur des lacs, en dedans du nœud si la rotation est interne, en dehors si elle est externe, sur le nœud si la position est régulière. Puis on fixe à l'autre extrémité un poids de 2 à 3 kilos. Sur les bords de la gouttière on place des rouleaux de ouate plus serrés du côté où les fragments font saillie.

Tous les deux jours on ajoute un kilo jusqu'à ce que la traction soit égale à 4 kilos chez les adolescents et les femmes, 5 kilos chez les adultes de force moyenne et 6 kilos chez les hercules.

Le chiffre 5 doit être présent à la mémoire du chirurgien. Il faut placer l'appareil le 5e jour après l'accident. La durée moyenne du traitement est de 50 jours ; 5 semaines chez les enfants. Le raccourcissement moyen est de 5 centimètres. L'allongement après l'ostéotomie oblique est de 5 centimètres.

Ce traitement est applicable aux coxalgies et aux ankyloses de la hanche combiné ou non, pour ces dernières à l'ostéotomie oblique.

VII. — « Les éléments douleurs, vertiges, paralysies ou contractures, sont habituellement bien influencés par les ouvertures crâniennes, tandis que l'élément convulsif subit des modifications moins heureuses ou moins complètes. » — Ces deux ordres de symptômes n'ont donc point la même valeur au point de vue des indications de la trépanation.

Pour l'épilepsie, M. Championnière, sur 15 opérés, a obtenu des améliorations, mais pas de résultats radicaux constants ; ces trépanations ont été toutes faites sans inconvénients.

L'épilepsie Jacksonnienne, suivie ou non de paralysie ou de contractures passagères ou permanentes, semblait être un guide plus sûr pour ouvrir le crâne et amener une guérison radicale d'autant plus qu'on a souvent rencontré à l'autopsie des lésions des centres moteurs. Or, les expériences de M. Dupuy ont montré qu'une excitation de la dure-mère peut produire des convulsions,et,de plus, certaines convulsions sont produites par une irritation dont le foyer est assez distant du centre. Or, en pratique, on peut, dans des cas d'épilepsie Jacksonnienne, trouver des lésions étant bien au delà du centre correspondant et occupant une grande surface de l'écorce, et dans ces cas la trépanation est souvent suivie d'une aggravation. M. Championnière a opéré quatre de ces cas ; dans un cas il a trouvé un foyer hémorrhagique sous la 2e frontale, dans un second une énorme tumeur de la base, chez un troisième une meningo-encéphalite. Ces cas prouvent que l'épilepsie Jacksonnienne n'est pas un guide certain vers la lésion. Mais cette épilepsie, accompagnée de paralysie ou de contracture localisée, est un guide beaucoup plus sûr.

En tous cas il faudra ouvrir largement le crâne, et ne pas tenir compte des prétentions émises de chercher un point avec une précision mathématique sur la surface du crâne, on sera d'autant plus encouragé à agir ainsi que la décompression du cerveau joue un rôle capital dans les phénomènes secondaires. Dans des cas où on ne rencontre aucune lésion apparente, il faut attribuer les améliorations à la décompression, à la large ouverture cranienne, à l'ouverture de la dure-mère, de l'arachnoïde et à l'écoulement du liquide céphalorachidien. En général la trépanation est une opération bénigne sauf sur des sujets portant des lésions cérébrales d'une grande étendue. L'hémorrhagie opératoire est l'accident le plus grave qu'on ait à redouter. Dans les suites opératoires, on note encore quelquefois quelques crises épileptiformes ou quelques paralysies passagères. M. Championnière n'approuve pas non plus l'ablation des centres moteurs pour épilepsie Jacksonnienne. Le phénomène le plus modifié par la trépanation est la douleur, ensuite viennent les vertiges.

Les convulsions générales ou localisées ne deviennent une bonne indication que lorsqu'elles sont accompagnées d'une paralysie ou de contractures passagères ou permanentes. Mais il faut surtout que ces phénomènes n'aient pas trop duré, sans quoi ils sont incurables. Sur 47 trépanations faites par l'auteur, la survie a été obtenue sans complication aucune dans 42 cas.

En résumé la douleur, les vertiges, les paralysies localisées sont les phénomènes déterminants les plus importants.

VIII. — La hernie inguinale chez la femme est plus commune qu'on ne le pense, car, sur un total de 232 hernies, le chirurgien de Saint-Louis a opéré 14 hernies inguinales chez la femme ; la grande majorité seraient congénitales ; 10 de ces cas étaient en effet congénitaux. Le canal séreux est tellement fusionné avec le ligament rond qu'il doit être un vestige du canal de Nuck ; la hernie est réellement congénitale ; il existe aussi quelquefois des petits kystes au-dessous du sac. Les hernies congenitales sont particulièrement favorables à la cure radicale, fait important à noter. La hernie est généralement de petit volume, mais souvent douloureuse. Il faut, pour opérer ces hernies, inciser très haut, car c'est dans le canal qu'on trouve le plus sûrement le sac ; le sac a un aspect irrégulier, une partie fondue avec ligament rond est fibreuse ; aussi est-il souvent nécessaire de réséquer ce ligament ; cette résection n'a aucun inconvénient au point de la statique de l'utérus ; dans la dissection du sac, si on trouve des annexes altérés, on doit les enlever. Les résultats immédiats sont excellents, car l'opération enlève toute douleur ; les résultats éloignés sont aussi très bons, et cela malgré les promesses qui peuvent survenir.

IX. — L'entéro-anastomose est une opération qui consiste à faire communiquer latéralement deux anses d'intestin, sans résection préalable. Elle peut être établie entre deux anses d'intestin grêle, iléoiléostomie ; entre l'intestin grêle et le gros intestin, iléocolostomie ; entre deux anses du gros intestin, colocolostomie ; entre l'S iliaque et le rectum, colorectostomie. La paternité de cette opération revient à Maisonneuve, dont la première observation date du 1er février 1854. Il y a trois procédés d'anastomoses : 1° le procédé de Maisonneuve et Wölfler par sutures ; 2° le procédé des plaques osseuses de Senn ; 3° le procédé de la pince (Casomayor, Laugier, Chaput). Le 1er procédé est très avantageux, mais il présente 2 objections : la difficulté de l'opération et la possibilité de l'oblitération. Pour éviter cet accident voici comment il faut procéder : le malade est purgé deux jours de suite, à la diète depuis la veille au soir, le matin il prend un lavement ; après incision de la paroi, les anses sont attirées en dehors du ventre. En haut et en bas du point où portera l'incision on passe à travers le mésentère une grosse soie que l'on serre modérément pour interrompre la circulation des matières ; on suture ensemble longitudinalement les faces latérales contiguës des deux anses, au voisinage de la convexité de l'intestin, on emploie le point de Lembert ; cette première suture doit avoir une longueur de 5 à 6 centimètres. Immédiatement en avant de cette première ligne de suture on en fait une seconde identique. On ouvre au-devant de ce double plan de suture, sur une étendue un peu moindre, le bout inférieur d'abord, le supérieur ensuite ; on fera ensuite la suture muco-muqueuse des lèvres postérieures afin d'ourler l'orifice ; puis on pratique la suture des lèvres antérieures ; on commence par la suture muco-muqueuse dont les fils seront noués en dehors de l'intestin, on terminera par les deux plans de suture séro-séreux ; au niveau des extrémités on placera deux ou trois points complémentaires afin d'empêcher que les matières ne fusent entre les deux plans de sutures. On passera plusieurs anses de fils dans l'épaisseur de l'intestin de chaque côté de la suture et on les fixera au péritoine pariétal. Le régime consécutif sera le suivant : 15 à 20 centigr. d'extrait thébaïque. Pendant 48 heures rien par la bouche, lavements d'eau et alimentaires ; 3e jour, aliments liquides par la bouche par cuillerées à café toutes les 5 minutes : 10e jour, alimentation avec bouillies, crèmes, œufs battus. A partir du 15e jour, viandes délicates et retour à l'alimentation normale.

L'auteur rejette complètement le deuxième procédé ou procédé des plaques osseuses. Il préconise le procédé de la pince qui présente l'avantage d'offrir une grande sécurité surtout pour ceux qui n'ont pas d'expérience de la chirurgie intestinale ; mais il a l'inconvénient d'être long et d'exiger plusieurs séances sans mettre à l'abri de l'oblitération.

Voici la technique de cette opération. On amène dans la plaie abdominale les deux anses que l'on veut anastomoser, on commence par les suturer l'une à l'autre sur une hauteur de 5 à 6 centimètres, on les fixe ensuite l'une et l'autre au péritoine pariétal de la lèvre correspondante de l'incision abdominale ; on ferme alors la plaie en haut, et en bas on fait une incision longitudinale de 1 centim. sur chaque intestin. Dans un deuxième temps, on place une pince sur l'éperon. Dans un troisième temps, on oblitère les orifices intestinaux s'ouvrant à l'extérieur.

Indications. — M. Chaput repousse d'une façon générale l'entéro-anastomose pour les plaies de l'intestin. Le cancer de l'intestin constitue une des meilleures indications de cette opération, surtout par le procédé de la pince : dans les rétrécissements de l'intestin si l'état général est conservé, dans le cas contraire l'anus contre nature est préférable. Dans l'occlusion intestinale on fait l'anus contre nature avec ou sans résection ; si on a réséqué les deux bouts placés côte à côte sur la plaie, on peut ensuite appliquer l'entérotome. Dans un cas de hernie étranglée, Helferich a pratiqué l'entéro-anastomose sans réséquer la portion gangrenée.

R. Sorel.

Hospices cantonaux. — Le Conseil Général du Pas-de-Calais a émis un vœu tendant à la création d'hospices cantonaux.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies de la moelle ; par le Dr Pierre Marie, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 1 volume in-8. — Paris, 1892. Masson.

Il est malaisé de faire en quelques lignes une analyse de cet important volume, car, d'une part, il contient l'ensemble de nos connaissances sur les principales maladies de la moelle et sur l'anatomie de ce centre nerveux et, d'autre part, les notions nouvelles s'y rencontrent à chaque page.

C'est de celles-ci surtout qu'il convient de parler. Convaincu, à juste titre, que l'on ne peut se faire une idée de l'anatomie pathologique des affections médullaires qu'en connaissant, dans leur ensemble, leur trajet et leurs rapports réciproques, les différents faisceaux de la moelle, M. P. Marie commence par l'étude des *dégénérations secondaires* (d'origine cérébrale, par lésion transverse de la moelle, consécutives aux amputations), ce qui lui permet de nous exposer, avec clarté et détails, le trajet et la situation des faisceaux suivants : pour les dégénérations descendantes : faisceau pyramidal, faisceau intermédiaire du cordon latéral, faisceau hileo marginal descendant, faisceaux en virgule de Schulze ; pour les dégénérations ascendantes : faisceau cérébelleux direct, faisceau de Gowers, faisceau hileo-marginal ascendant, faisceau de Goll, faisceau de Burdach, faisceau cornu-commissural. Cette partie du volume contient, à vrai dire, toute l'anatomie des cordons blancs de la moelle, étudiée et présentée de telle sorte qu'on ne la pourrait trouver nulle part ailleurs, pas même dans les livres les plus récents consacrés à l'anatomie des centres nerveux. C'est là un nouveau chapitre à ajouter à cette *anatomie médicale du système nerveux*, qui, dans les mains de M. le Pr Charcot, a donné, comme le dit M P. Marie lui-même, de si admirables résultats. Au milieu de ces considérations anatomiques d'un si grand intérêt, signalons un oasis de pure clinique, à propos des symptômes qui accompagnent la dégénération du faisceau pyramidal. A la fin de cette étude des dégénérations secondaires, se trouvent juxtaposées deux figures éminemment instructives ; l'une représente les cordons de la moelle tels que les montre l'étude du développement de cet organe, l'autre indique leurs territoires respectifs d'après les documents fournis par l'étude des dégénérations secondaires. La comparaison de ces deux figures en dit plus dans sa concision que la description la plus minutieuse.

Après cette sorte de prélude d'anatomie médicale, M. P. Marie aborde de plain-pied la clinique par la description du *tabes dorsal spasmodique*. D'après lui, sous ce nom, il ne faut plus entendre une maladie acquise de l'adulte, mais une affection de l'enfance, d'origine congénitale.

Les leçons suivantes sont consacrées à la *sclérose en plaques*. Partant de cette notion introduite par lui dans la science que la sclérose en plaques est souvent d'origine infectieuse, l'auteur donne des lésions de cette affection une description toute nouvelle.

Puis vient l'étude du *tabes*, qui comprend plus de cent pages, et l'on peut dire qu'elle constitue, à l'heure actuelle, la monographie la plus complète qui ait paru sur cette maladie. On comprend qu'il est impossible d'en donner ici une analyse même succincte.

Les dernières leçons sont consacrées à la *maladie de Friedreich*, aux *scléroses combinées*, à la *paralysie infantile* et à la *paralysie spinale aiguë de l'adulte*, à la *sclérose latérale amyotrophique*.

Nous ne pouvons entrer dans le détail du contenu de ces leçons. Mais ce que nous devons dire, c'est que, tout en donnant avec beaucoup d'exactitude et même avec luxe l'état actuel de nos connaissances sur telle ou telle de ces affections, chacune de ces leçons contient en outre quelque notion inédite, quelque manière de voir originale et neuve ; à côté de la science d'aujourd'hui, celle de demain. Partisan convaincu de la nature infectieuse d'un grand nombre des maladies organiques du système nerveux, M. P. Marie revendique hautement cette origine non seulement pour la sclérose en plaques, ainsi que nous le disions plus haut, mais encore pour la para-

lysie spinale infantile ainsi que pour l'hémiplégie cérébrale infantile. Quant au tabes, il se prononce résolument en faveur de sa nature syphilitique, dans la leçon qui traite de l'étiologie de cette affection et qui n'est pas la moins intéressante du volume. Il faut signaler également l'opinion émise par M. P. Marie sur le processus anatomo-pathologique du tabes, processus qui prendrait naissance dans une lésion primitive des ganglions spinaux et des cellules ganglionnaires périphériques et qui ne déterminerait l'altération des cordons postérieurs que consécutivement et par segments.

On voit que, comme nous le disions tout à l'heure, les points de vue nouveaux ne manquent pas ; mais ils n'ont pas fait oublier à l'auteur qu'en dehors de toutes les spéculations il est un fonds intangible, la clinique. Ainsi que l'a souvent répété notre maître M. le Pr Charcot, une bonne description clinique, faite par un observateur sagace et consciencieux, reste toujours immuable. Aussi M. P. Marie a-t-il consacré à cette partie toute l'importance qui lui revient et ce volume contient plus d'une description digne d'un maître clinicien.

On ne saurait donner une idée de ces leçons, si on omettait de parler dela manière dont elles sont illustrées. Les figures sont au nombre de près de 250 ; la plupart sont inédites et proviennent de la collection de l'auteur ou de celles de MM. Charcot et Damaschino, dans lesquelles il a pu puiser largement, grâce à la libéralité du chef de l'Ecole de la Salpêtrière. Quant aux figures empruntées à d'autres sources, elles sont en général tirées de mémoires assez peu répandus pour sembler inédites à la plupart des lecteurs, et, à ce point de vue, le livre de M. P. Marie nous épargne au moins l'obsession de retrouver indéfiniment les mêmes figures que se lèguent à l'envi des générations d'auteurs. Ajoutons enfin que la maison Masson a fait ce qui convenait pour que, dans la forme, le livre fût, comme il l'est dans le fond, un des plus remarquables qu'on ait publiés sur ce sujet dans les vingt dernières années.

Georges Guinon.

Hémo-alcalimétrie ; Hémo-acidimétrie; par le Dr René Drouin. — Steinheil, éditeur.

Cet intéressant travail constitue une étude approfondie des variations de la *réaction alcaline* et de l'*acidité réelle* du sang dans les conditions physiologiques et pathologiques. La question très simple, au premier abord, est en réalité très complexe. Le sang est, en effet, un liquide *chimiquement acide*, qui influence les réactifs colorés à la manière *des alcalis*. En plongeant dans du sang *défibriné* une bande de papier de tournesol sensible, on constate qu'elle bleuit. Cette réaction alcaline du sang n'est pas due à des alcalis *caustiques* mais à des alcalis *carbonatés* et à des *phosphates alcalins*; d'autre part la facilité avec laquelle le sang abandonne son acide carbonique dans le vide montre que ces alcalis existent à l'état de *bi-carbonates*. Dire que le sang est *alcalin*, cela veut tout simplement dire qu'il fait virer au *bleu* le papier *rouge* de tournesol ainsi que le font les alcalis. Il serait préférable de remplacer le mot *alcanilisé* par le mot *basicité*, et alors on pourrait dire que le sang qui est *alcalin au tournesol* n'est point un liquide *basique*; mais au contraire *acide* dans le *sens chimique* du mot. Cette acidité est mise en évidence par ces faits que le sérum *dialysé est acide*, et que *tout l'acide carbonique* contenu dans le sang se dégage dans le vide, « absolument comme si on ajoutait un acide pour déterminer une neutralisation complète. » Les *phosphates* et *bi-carbonates alcalins*, qui communiquent au sang la propriété de bleuir le tournesol, représentent des corps acides incomplètement saturés. On observe des faits analogues avec les *sels de quinine*. Les sels *neutres* au point de vue chimique sont *acides* au tournesol : et les sels *neutres* au tournesol sont *basiques* au point de vue chimique. Il résulte de tout ceci qu'il faut, pour être complètement renseigné, faire subir au sang deux déterminations : 1° l'*hemo-alcalimétrie* ou titrage direct par une solution acide; 2° l'*hemo-acidimétrie*, qui consiste à mettre le sang en contact avec un excès de soude capable d'en neutraliser les éléments acides et de déterminer ensuite la portion de l'alcali non neutralisée.

Après un exposé bibliographique très complet des procédés employés antérieurement, M. Drouin expose la méthode qu'il emploie et qui permet d'opérer sur une petite quantité de sang recueillie par piqûre au doigt.

A la suite de très nombreux dosages, M. Drouin a pu formuler un certain nombre de conclusions, dont voici les plus importantes : Le sang s'altère, dès l'instant où il est extrait des vaisseaux; sa réaction *alcaline diminue* ainsi que sa teneur en acide carbonique et son *acidité augmente*. La réaction alcaline du sang total et son acidité réelle varient considérablement suivant les diverses espèces animales. L'*alcalinité* du sérum va en croissant, des *poissons* aux *reptiles*, aux *batraciens*, aux *mammifères* et aux *oiseaux*, suivant en cela l'activité des combustions respiratoires : l'alcalinité du milieu favorisant l'intensité des oxydations. Chez le même animal, le sang total des *veines* est moins alcalin que celui des *artères*. L'alcalinité est plus faible chez les enfants et les vieillards que chez les adultes; à l'âge adulte elle est plus faible chez la femme que chez l'homme. Dans les états *pathologiques*, les titres hemo-alcalimétrique et homo-acidimétrique subissent de nombreuses variations. L'acidité est accrue dans la fièvre. Dans la *chlorose*, l'alcalinité est exagérée. Dans le diabète, un excès d'acides normaux apparaît dans le sang. Dans certains cas, la présence de ces acides peut provoquer des lésions osseuses (ostéomalacie). Les lésions des appareils *circulatoire* et *respiratoire* ne donnent lieu, en général, à aucune variation du titre hemo-alcalimétrique du sang. Les lésions du foie et des voies biliaires entrainent fréquemment une diminution de l'alcalinité du sang.

Le travail de M Drouin est considérable et fait avec beaucoup de soin; nous engageons le lecteur à le consulter.

P. Yvon.

Les secours publics en cas d'accidents ; par Albin Rousselet (Société d'Editions scientifiques, 1892).

Ce n'est qu'une brochure, mais une brochure compacte, substantielle, nourrie de documents du plus haut intérêt.

La question des secours publics étant d'une vaste étendue, M. Rousselet a eu l'heureuse pensée de la limiter : dans son étude il ne vise que les secours à donner aux blessés sur la voie publique, et les secours médicaux de nuit. Nous allions oublier les secours aux noyés et asphyxiés qui occupent dans son ouvrage une place importante.

Le service des secours publics a été institué à Paris en 1772. C'est à l'échevin Pia, ancien pharmacien, que nous devons cette utile innovation. Pia ne s'occupa que des noyés et des asphyxiés. Deux ans plus tard, à la suite d'un accident par asphyxie survenu rue Saint-Honoré, au marchand et à la marchande de modes de la *Corbeille galante*, le fameux médecin Portal fut chargé par l'Académie de faire un rapport sur cet accident, et de rédiger une instruction pour le public; grâce à l'intervention du lieutenant de police Sartine, Portal put faire de nombreuses autopsies, et, quelque temps après, notre savant confrère publiait, par ordre du gouvernement, les instructions les plus précises et les plus détaillées.

A cette époque, à Paris, les soins étaient donnés aux noyés par des secouristes, choisis parmi les gardiens des ports, qui recevaient, à cet effet, des instructions spéciales.

Les secours aux blessés sur la voie publique ne furent organisés que bien plus tard (vers 1850) : et, à l'heure actuelle, malgré rapports sur rapports, on a réalisé des améliorations peu notables dans ce service. Seul le Dr Nachtel a réussi à substituer l'initiative privée à l'assistance publique, toujours réfractaire aux utiles et pressantes réformes. Nous savons tous que le service des ambulances urbaines, inauguré le 1er juin 1888, est aujourd'hui en pleine voie de prospérité. Doit-on ou ne doit-on pas regretter que le service n'ait pas un caractère officiel ?

La ville ne devrait-elle pas avoir à honneur de le prendre en main et le diriger? Les moyens importent peu, quand le résultat nous satisfait. Est-ce à dire qu'on n'ait rien fait dans cet ordre d'idées? La statistique éloquente du Dr Voisin est là pour répondre à cette objection. Son dernier rapport nous fait, en effet, connaître que plus d'un millier de malades exactement 1022 ont été secourus pendant l'année 1890 dans les postes de police ou autres, savoir : 230 dans les pavillons de secours aux noyés établis sur la Seine et les canaux pari-

siens ; 641 dans les différents postes de police ; 51 dans les postes de secours de la banlieue.

De tous les services municipaux, celui qui fonctionne le plus mal est assurément le service médical de nuit Ce n'est pas à nos lecteurs que nous avons à en apprendre le mécanisme. Nous voulons seulement appeler leur attention sur les défectuosités qu'il présente, et que M. Rousselet, avec un sens critique et une clairvoyance parfaite, met en un saisissant relief : il serait urgent, dit-il avec raison, d'établir un roulement entre les médecins, afin d'éviter un abus criant. Et cet abus, vous le connaissez tous : tel confrère est dérangé dix fois, alors que son voisin l'est une seule. M. Rousselet signale, à cette occasion, des complaisances coupables, des marchés plus ou moins scandaleux. Mais la faute en remonte à qui? A la police elle-même, et non aux médecins, comme nous le laisse entendre l'auteur du volume. Si le médecin laisse prélever une taxe sur la somme qui lui est allouée, croyez bien que, presque toujours, c'est la mort dans l'âme. Le gardien de la paix n'est pas toujours *celui* de la moralité publique. Le serviteur de M. Lozé est plus souvent corrupteur que corrompu. Il sait, au besoin, renseigner par une mimique expressive le jeune médecin inexpérimenté, sur lequel il prélèvera son habituelle rançon.

M. Rousselet connait tous les faits aussi bien que nous, et une discrétion trop indulgente l'a seule empêché de les signaler.

Cela n'empêche que son ouvrage est des plus sérieusement composé, des plus sobrement écrits, avec une large compréhension de tout ce qui pratiquement pourrait être réalisé au mieux des intérêts du plus grand nombre. Pour tout dire d'un mot, c'est un livre qu'il ne faut pas seulement feuilleter, mais conserver. Dr C.

De l'absorption des corps solides ; par CASSAET. — Paris, Doin, 1891.

La thèse de doctorat du Dr Cassaet, maintenant agrégé, traite avec un nombre considérable de matériaux, fournis par l'expérimentation, l'une des questions les plus importantes et les moins connues de la physiologie. En effet, l'absorption des corps solides inertes par les tissus suppose nécessairement des mouvements de la part des éléments de ces tissus. Ces mouvements varient suivant le tissu considéré, puisque les éléments sont variables dans les tissus. Mais trois points doivent fixer surtout l'attention. Il nous est en effet de première importance de savoir comment se fait l'absorption dans le tissu conjonctif sous-cutané, dans les séreuses et enfin dans l'épithélium intestinal. Le transport jusqu'aux ganglions des éléments solides absorbés présente aussi un intérêt considérable lorsque l'on cherche à s'expliquer la question de la transmission du cancer. Tous ces points sont traités et mis à jour autant que le comporte la science actuelle, avec un souci minutieux de la bibliographie et un sens critique très sûr, dans le travail de M. Cassaet. Mais ce qui constitue la partie la plus originale de sa thèse, c'est le travail personnel représenté par de nombreuses expériences et des examens histologiques détaillés, qui a permis à l'auteur de formuler des conclusions originales et solides. Pour les corps solides inorganiques, il admet que seules les cellules peuvent les absorber et qu'ils ne peuvent pénétrer dans les vaisseaux que contenus dans l'intérieur d'une cellule migratrice. Pour les corps organiques, et en particulier pour les fragments de tumeurs malignes telles que le sarcome, il constate que leurs éléments peuvent vivre par imbibition pendant un temps assez long, qui peut dépasser plusieurs semaines, mais que jamais ils ne peuvent être transmis avec leur caractère de repullulation, à des animaux d'espèce différente. A. PILLIET.

LES FONTAINES FILTRANTES D'EAU DE SEINE A PARIS. — L'administration du service des eaux a fait savoir récemment que le 21 août elle avait placé des filtres sur les bouches d'eau de Seine distribuée dans les 13e, 14e, 15e et 16e arrondissements à Paris. Ces filtres ont à la vérité été placés : mais ils débitent une quantité d'eau si faible que des plaintes s'élèvent de tous côtés. Nous espérons qu'on remédiera à cet état de choses en multipliant les filtres.

VARIA

Le Choléra en Europe.

Le Choléra en Russie.

Les nouvelles du sud de la Russie sont toujours très bonnes. Plusieurs journaux critiquent la hate des autorités à supprimer les baraquements et les lazarets dès que l'amélioration dans l'état sanitaire se produit. Bakou, très critiquée au début de l'épidémie en raison du peu d'empressement que ses habitants avaient mis à nettoyer les rues et à prendre les mesures de précaution, est aujourd'hui proposée en exemple : en effet, bien que l'épidémie se soit presque entièrement éteinte dans cette ville, les médecins et les étudiants continuent à prendre toutes les mesures d'assainissement et de précaution : Bakou se repeuple avec rapidité. Le flot des habitants qui rentrent en ville grossit chaque jour.

D'après les nouvelles du Caucase, le choléra y décroit rapidement. Il n'y a eu que cinq décès quotidiens pendant les derniers jours à Batoum. L'épidémie décroit également à Astrakhan.

Par contre, l'épidémie sévit avec intensité dans le Turkestan afghan et en Perse.

La municipalité de Saint-Pétersbourg vient d'augmenter le nombre des médecins et des infirmiers dans les hôpitaux et d'emprunter une centaine de fourgons à la Société de la Croix-Rouge, ainsi qu'à l'intendance militaire, pour le transport des cholériques. Elle dispose également de 400 sœurs de charité.

La municipalité procède actuellement à l'organisation de réfectoires gratuits et à prix réduits pour les indigents, ainsi que d'ambulances provisoires pour cholériques dans les quartiers où il n'y a pas d'hopitaux.

Le ministre de la guerre de Russie vient de décider que les réservistes ne seront pas appelés sous les drapeaux cet automne, en raison de l'épidémie.

Des nouvelles très favorables arrivent sur la situation sanitaire de Moscou, Nijni-Novgorod, Astrakan et Bakou, où il n'y a plus guère que quinze à vingt cas de choléra par jour, avec une très faible mortalité.

On mande de Nijni-Novgorod que l'état sanitaire de la ville est satisfaisant ; l'épidémie décroit rapidement. Le gouverneur vient de réduire la durée des périodes d'observation auxquelles sont soumis les voyageurs se rendant à la foire par le chemin de fer ou par le Volga. Le chiffre des affaires augmente chaque jour.

A Nijnii, on a même déjà fermé le lazaret flottant établi sur le Volga dans le voisinage de cette ville, et l'on a diminué le personnel sanitaire dans les hôpitaux.

A Saint-Péter sbourg, d'après des renseignements officiels, 70 personnes ont été atteintes du choléra, le 16 août ; 5 ont été guéries et 5 sont mortes. Le 17 août, 60 personnes ont été atteintes, 22 sont mortes et 19 ont été guéries. Les 18 et 19 août, 92 cas de choléra et 13 décès. Dans les journées du 20 et du 21 août, 87 personnes ont été atteintes, 32 sont mortes et 53 ont été guéries. Du 22 au 23 août, on a constaté 95 cas de choléra et 35 décès. Dans le gouvernement de Toula, à la date du 14, on avait enregistré 38 cas et 11 décès.

Dans le cercle de Lublin, en Pologne, les relevés officiels accusent, jusqu'au 19 août, 34 cas de choléra et 13 décès.

Le Choléra en Perse.

Voici quelques renseignements sur la marche du choléra en Perse. Parti de Hérat, il s'est avancé d'abord jusqu'à Mechhed, grande ville de pèlerinage qui contient le tombeau de l'iman Reza et où affluent, chaque année, les dévots et les dévotes de toutes les provinces de la Perse. L'épidémie s'est ensuite étendue tout le long de la route qui mène à Téhéran et a atteint les villes de Nichapour et de Sebzevar. La ville de Chahroud est encore épargnée. Par la route du nord-ouest, le choléra a éclaté dans les villes de Koutchan et de Boudjnourd, puis dans différents petits postes militaires russes et dans la ville d'Askhabad, qui se trouve au nord de la frontière de Khorassan. Enfin, d'un bond, il s'est précipité sur le rivage oriental de la Caspienne, à Ouzoun-Ada, point initial du chemin de fer transcaspien, et, presque en même temps, a ravagé Bakou, située sur la rive opposée de la Caspienne. Puis Tifflis et Astrakhan ont été visitées par le fléau.

Le Choléra en Allemagne.

A Hambourg, les bruits les plus alarmants circulent. Aucune communication officielle ne donne le nombre de cas de choléra. On parle de 400 cas et de 120 décès pendant les 3 derniers jours. Dans la seule journée d'hier 65 personnes auraient succombé. — A Altona, il y aurait eu également plusieurs cas de choléra asiatique.

La *Gazette de l'Allemagne du Nord* annonce que le Dr Koch et le conseiller Raths se sont rendus à Hambourg comme représentants de l'office de santé impérial, pour se concerter avec les

autorités locales au sujet de la nature du mal et des mesures de défense à prendre. En présence de l'arrivée à Londres de juifs russes embarqués à Hambourg, le *Standard* a demandé au gouvernement de prendre des mesures pour prévenir l'invasion du choléra.

Choléra dans l'ouest de l'Europe.

Belgique. — M. le Dr Masoin, de l'Université de Louvain, questionné au sujet du choléra, pense que c'est bien cette épidémie qui a éclaté à Anvers et à Jumet. Le docteur est d'avis qu'il vaudrait mieux dire franchement ce qu'il en est.

M. le Dr Janssens, directeur du service de l'hygiène de la ville de Bruxelles, a déclaré qu'à Bruxelles toutes les mesures étaient prises pour le cas où le choléra éclaterait; mais, jusqu'à présent, l'état sanitaire de la ville est excellent. *L'Indépendance belge* annonce l'arrivée à Bruxelles du Dr Adolphe Smith, envoyé par le journal anglais *the Lancet* pour faire un rapport médical sur la situation à Bruxelles.

Hollande. — Un cas douteux a été constaté à Amsterdam à bord d'un voilier allemand. Un matelot est mort; le navire a été désinfecté.

Turquie. — D'après un télégramme de Vienne, le bruit court qu'il y a eu sept décès cholériques, la semaine dernière, à Constantinople.

Alsace (Strasbourg). — La rumeur que quelques cas de choléra avaient été constatés, ces jours derniers, à Strasbourg, a provoqué une vive émotion. Ce bruit a été controuvé. Dans toute l'Alsace, la santé publique est excellente en ce moment, et, dans les villes de garnison, telles que Dieuze et Sarreguemines, où l'on comptait récemment parmi la troupe de nombreux cas de diarrhée, on constate la disparition de ces maladies, qui n'ont du reste pas fait de victimes.

L'épidémie cholériforme en France et à l'étranger.

Le Havre. — Les cas de diarrhée cholériforme constatés ces jours-ci au Havre rappellent ceux qui ont été étudiés dans la banlieue de Paris. Une commission hygiénique, composée de MM. les docteurs Brouardel, Proust et Toinot, est arrivée de Paris pour se rendre compte de l'état sanitaire et des mesures prises. Cette commission a visité l'hôpital. M. Siegfried, député du Havre, et le préfet de la Seine-Inférieure assistaient à cette visite, qui a permis de constater que le plus grand nombre de malades sont en bonne voie de guérison. Par application du règlement sanitaire, les navires partant du Havre seront soumis à la visite médicale.

Rouen. — Deux cas de diarrhée cholériforme se sont déclarés à la prison Bonne-Nouvelle, à Rouen. Il ne paraît pas que ce soit à l'eau, ainsi qu'on le croyait tout d'abord, qu'il faut attribuer ces nouveaux cas, mais à l'état de débilité dans lequel se trouve un certain nombre de détenus à la suite d'excès de toutes sortes.

Belgique. — On mande de Charleroi que plusieurs cas de choléra nostras viennent de se produire à Jumet-Gohissart, près de Charleroi. Une famille d'ouvriers, venant de Paris, aurait apporté la maladie. La commission médicale d'hygiène a été convoquée d'urgence pour prendre les mesures de précaution.

Association française pour l'avancement des Sciences.

Congrès de Pau : 15-22 septembre 1892.

Voici la liste des principales communications qui seront faites au prochain Congrès de Pau :

M. Belloc (Emile), à Paris. — *Observations relatives à la formation et au comblement des lacs pyrénéens. Blocs erratiques et monuments mégalithiques de la montagne d'Espiau* (Haute-Garonne), *restes de l'ancien glacier quartenaire d'Oo. Utilisation des bassins lacustres pyrénéens pour la pisciculture. Aperçu général de la florule microscopique lacustre des Pyrénées-Centrales.*

M. le Dr Cartaz (A.), à Paris. — *Sur le sarcome des fosses nasales.*

M. le Dr Fabre (A.-A), à Paris. — *Du traitement des affections des voies respiratoires, en particulier de la phtisie pulmonaire, par les inhalations d'air surchauffé à 180 et 200 degrès, chargé de vapeurs créosotées, phéniquées à l'eucalyptol et à l'héliline.*

M. le Dr Garrigou, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. — *Sur l'action physiologique de diverses classes d'eaux médicinales. Du traitement rationnel de la phtisie par les eaux thermo médicinales.*

M. le Dr Gauthier (G.), à Paris. — *Electrolyse interstitielle, outillage technique, recherches expérimentales, applications générales.*

M. le Dr Guébhard (A.), agrégé de physique des Facultés de médecine, à Nice. — *Fouilles de deux tumuli à Saint-Cézaire* (Alpes-Maritimes).

M. le Dr Guibert, délégué de la Société d'émulation de Saint-Brieuc. — *Evolution comparée de l'idiot, de l'imbécile et de de l'homme sain.*

M. le Dr Bloch (Adolphe). — *Pathogénie des érosions et et autres anomalies dentaires.*

MM. les Drs Gauthier (G.) et Larat, à Paris. — *Courants alternatifs ; leurs applications thérapeutiques.*

M. le Dr Boe (F.), à Paris. — *De l'importance des sciences soi-disant accessoires à l'ophtalmologie.*

M. le Dr Prioleau (L.), à Brives. — *Puerperalité et microbrisme préexistant.*

M. Rey-Leseure (Ph.), à Montauban. — *Rapprochements géologiques dans le Sud-Ouest avec carte à l'appui.*

M. Roché (G.). — *Rendements comparatifs de la pêche au grand chalut pratiquée au large du Sud-Ouest des côtes de France durant les vingt-cinq dernières années.*

M. le Dr Garrigou, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. — *Géographie des eaux minérales pyrénéennes.*

M. le Dr Hagen, médecin de la marine. — *Sa mission aux îles Salomon.*

Association des Dames Françaises.

Nous publions la communication suivante que nous envoie notre confrère et ami M. Th. Chataignon :

Mme Cornudet, la charmante femme du député de la Creuse qui, l'année dernière, avait implanté avec tant de succès dans ce département l'Association des dames françaises, continue en ce moment l'œuvre si bien commencée.

Sur son invitation, M. le Dr Monnet, l'un des propagandistes les plus ardents et les plus distingués de l'Association est allé, délégué à cet effet par le Comité central, faire une série de conférences dans les localités creusoises où existent déjà des Comités et dans celles où la création de Comités nouveaux est préparée.

La ville d'Aubusson a eu lundi l'honneur de sa première visite. Sa conférence, à laquelle assistait un public extrêmement nombreux — la grande salle du collège était insuffisante pour le contenir — a soulevé un véritable enthousiasme, en rapport avec son magnifique talent d'orateur, animé du feu sacré le plus pur, avec sa parole chaude et vibrante, avec la grandeur de l'œuvre qu'il préconise.

De nombreuses adhésions au Comité d'Aubusson en ont été la conséquence immédiate, sans compter une quête des plus fructueuses, faite par Mme Cornudet, et dont le montant servira à augmenter le matériel médical.

Des réunions du même genre vont avoir lieu à Crocq, dont Mme Cornudet préside le Comité, à Chénerailles, à Felletin, à Guéret, où l'association est déjà prospère, puis à la Souterraine, à Boussac, et sans doute dans d'autres chefs-lieux de canton, où le même succès est assuré.

On le voit, Mme Cornudet tient à cœur de prouver que la médaille d'honneur qui lui a été décernée pour sa propagande, lors de la dernière assemblée générale de l'Association, est bien placée sur sa vaillante poitrine.

Mlle Jamet, déléguée du Comité de Paris, toujours sur la brèche, Mme Polack, vice-présidente du Comité de Boulogne-sur-Seine, et Mme Monnet, la charmante jeune femme du docteur, accompagnent Mme Cornudet et M. Monnet dans leur patriotique tournée.

A. R.

Hôpitaux de Paris.

Avis à MM. les Élèves externes des Hôpitaux et Hospices.

Par un arrêté en date du 26 juillet 1892, pris en conformité de l'avis du Conseil de Surveillance et approuvé par M. le Préfet de la Seine, l'article 102 du Règlement sur le Service de Santé, qui détermine les conditions à remplir par les Candidats pour être admis à prendre part au Concours de l'Internat en médecine, a été revisé ainsi qu'il suit :

« Les Elèves externes, reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'Elèves internes. Ils ne peuvent, toutefois, prendre part à ce concours que pendant les six années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comprises dans ce délai. Les candidats au concours de l'Internat ne sont inscrits à ce concours que sur le vu des pièces suivantes : 1° Un certificat constatant leurs services en qualité d'externes, au moins depuis le 1er février précédent, sans interruption motivée; 2° Des certificats délivrés par les médecins et chirurgiens, et par les Directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, établissant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite; 3° Un certificat de scolarité délivré par l'Ecole

de médecine. Le nouveau règlement dont il s'agit sera applicable à partir du concours de l'année 1896. »

Les policliniques et le syndicat des médecins de la Seine.

M. le Dr Chassaing a remis entre les mains de M. le président du Conseil municipal la pétition ci-contre au nom du Conseil d'administration de l'Association syndicale des médecins de la Seine. Les médecins soussignés, membres du Conseil d'administration du syndicat des médecins de la Seine, ont l'honneur d'adresser au Conseil municipal de Paris une protestation contre les subventions allouées aux policliniques pour les raisons suivantes : 1° Parce que ces établissements ont été fondés moins dans un but d'intérêt général que dans un but d'intérêt privé ; 2° Parce que, en qualité de contribuables, les médecins ne peuvent admettre que leurs deniers servent à favoriser des institutions qui leur portent un préjudice considérable ; 3° Parce que les bureaux de bienfaisance et les hôpitaux suffisent amplement à assurer le service des indigents ; 4° Parce que le plus grand nombre des consultations est donné à des gens qui ne sont pas nécessiteux, et qu'il est moral d'encourager ce genre de mendicité. Les médecins de la Seine espèrent que le Conseil municipal de Paris voudra bien accueillir favorablement leur pétition, en raison du dévouement dont ils ont toujours fait preuve envers les vrais pauvres et leur attachement traditionnel aux institutions républicaines.

Manœuvres du service de santé militaire.

Le rôle du service de santé dans les manœuvres qui ont eu lieu cette semaine à Bordeaux a consisté à déployer les postes de secours régimentaires dès que le régiment auquel ils appartenaient se trouvait engagé. Suivant les troupes dans leur mouvement en avant, mené très rapidement, ces postes ont dû prendre successivement plusieurs positions, afin de ne pas perdre le contact et de se trouver toujours à portée d'envoyer les brancardiers régimentaires relever les blessés qui tombaient sur le terrain. Pendant ce temps, le médecin divisionnaire, M. le médecin principal de seconde classe Crussard, du 11e corps d'armée, après avoir étudié et relevé l'emplacement des postes de secours, appelait successivement sur le terrain du combat une section de son ambulance divisionnaire, placée dans une position d'attente à l'endroit dénommé le Merle, où elle s'était installée dans une ferme ; il y appelait également tous les moyens de transport de cette ambulance et une station de l'ambulance du quartier général, qu'il plaçait aux Cinq-Chemins. L'hopital de campagne avait reçu l'ordre de prendre position au village de Capeyron, où il laissait son materiel et l'y installait, tandis que tout son personnel médical venait rejoindre l'ambulance divisionnaire pour coopérer à ses travaux.

Cette ambulance était installée à Mérignac, et la totalité des blessés au nombre de quatre-vingts, y étaient cantonnés dans la soirée. Les emplacements des formations étaient les suivants : ambulance du quartier général, hopital n° 8, à Capeyron, ambulance de la division à Mérignac.

L'hopital d'évacuation constitué à Capeyron a relevé l'ambulance divisionnaire établie à Mérignac. L'ambulance avait procédé, dans la soiré du 18 août et la matinée du 19, à toute la série des travaux qu'elle ferait réellement en campagne.

Chaque blessé avait été l'objet d'un examen spécial, inscrit sur les cahiers médicaux, et l'on avait arrêté quelle nature d'intervention chirurgicale : pansement ou opération, aurait du être pratiquée. On a également établi toutes les pièces administratives destinées à assurer l'identité du blessé et lui assurer également, ultérieurement, les pensions ou allocations auxquelles il pourrait avoir droit A son tour, l'hopital de campagne a pratiqué le même travail, et l'ambulance redevenue libre, est allée rejoindre sa division.

Dans la journée, on a dirigé tous les blessés sur un hopital d'évacuation établi à la gare du Midi. A cinq heures, tout le convoi se mettait en marche, gagnant Bordeaux par la grande route, et s'engageait sur les boulevards [illegible] ment du soir. On a remarqué [illegible] nombreux qui a [illegible] marque, [illegible] de [illegible] M. [illegible] de la Société de secours aux blessés [illegible] dont une [illegible] produit [illegible]

Ces exercices le lendemain [illegible] train sanitaire [illegible] Midi. On avait aménagé des wagons de marchandises [illegible] matériel approprié. Huit voitures avaient été [illegible] les cinquante hommes ont été installés [illegible] l'ambulance n° 1 s'embarquait dans [illegible] voitures wagon de personnel, wagon pour chevaux et [illegible] pour les voitures. L'operation complète s'est faite avec une rapidité exceptionnelle : quarante-cinq minutes ont suffi.

Un incident du Professorat Tardieu, d'après un témoin oculaire.

Notre confrère H. Bauer, le vigoureux critique dramatique de l'*Echo de Paris*, raconte comment il prit part au *chahut* Tardieu, resté classique :

« Le célèbre professeur de médecine légale (c'est de Tardieu qu'il s'agit), d'humeur complaisante au pouvoir, appelé en qualité de médecin légiste, lors du procès de Tours, avait émis une opinion atténuante en faveur du prince Pierre Bonaparte, accusé d'avoir assassiné le journaliste Victor Noir. Or sa consultation, qui peut-être reposait sur une conviction, nous parut, par son manque d'indépendance, un acte contraire à l'honneur professionnel. Aussi Tardieu dut-il abandonner son cours, poursuivi par les huées, conspué, renvoyé au Sénat. Comme les étudiants en médecine, dans un esprit de particularisme comique, prétendaient empêcher les étudiants en droit de participer au tumulte et demandaient qu'on fermat les grilles de l'Ecole, je me perchai sur la statue de Bichat et, de cette tribune improvisée, à titre d'inscrit aux deux Facultés, je reprochai leur intolérance mesquine à mes camarades et leur en démontrai l'absurdité, puisque l'expertise, participant de la médecine et du droit pénal, intéresse également bazochiens et carabins. »

Nos jeunes camarades se sont un peu calmés depuis ce temps-là et la politique les intéresse moins.

IIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.

Vienne : 5 *au* 10 *septembre* 1892.

Voici le programme de l'emploi de la semaine du Congrès. *Dimanche*, 4 septembre. A 8 heures du soir, réception et réunion des congressistes au restaurant « Kaiserhof », près de l'Hôtel de Ville. — *Lundi*, 5 septembre. A 9 heures, ouverture et première séance du Congrès. A 2 heures, réception à l'Hôtel de Ville par le bourgmestre de la ville de Vienne et visite de l'Hôtel de Ville. *Mardi*, 6 septembre. De 9 heures à 2 heures, séances de travail. De 2 à 4 heures, visite des collections artistiques. A 9 heures, réception par le président du Comité d'organisation — *Mercredi*, 7 septembre. De 9 heures à 2 heures, séances de travail. A 5 heures : *a*) excursion à Baden (fête organisée au parc par les médecins de Baden) ; *b*) excursion à Kaltenleutgeben (professeur Winternitz). — *Jeudi*, 8 septembre. De 9 à 2 heures, séances du travail. De 2 à 4 heures, visite des collections d'histoire naturelle. A 8 heures, banquet offert par la Société viennoise de dermatologie au « Sachergarten », au Prater. — *Vendredi*, 9 septembre. De 9 à 2 heures, séances de travail. A 5 heures, excursion en commun au Kahlenberg. — *Samedi*, 10 septembre. De 9 à 2 heures, séances de travail. Le même soir, ou le lendemain matin, dimanche, excursion à Budapest (professeur Schwimmer).

Au Congrès est annexée une *exposition technique*, à laquelle prend part le Musée de l'Hôpital Saint-Louis, dont l'exposition a été organisée grâce à une subvention de 500 francs accordée par le Conseil municipal.

Exposition Russe d'Hygiène à Saint-Pétersbourg.

La Société pour la protection de la santé publique, sous la présidence honoraire de son altesse impériale le grand-duc Paul Alexandrovitsch, organise au printemps 1893, à Saint-Pétersbourg la première exposition Russe d'hygiène. L'exposition sera divisée en 5 sections. 1re *section* : Biologie. 2me *section* : statistique sanitaire et médicale, épidémiologie, géographie médicale. 3me *section* : Hygiène des villes, des bâtiments publics, des habitations particulières, des établissements industriels et des voies de communication ; hygiène de la nourriture et des vêtements, entretien de la propreté et désinfection ; service des hôpitaux, enseignement de l'hygiène et prophylactique exercée par l'état ; hygiène professionnelle. 4me *section* : L'hygiène dans l'éducation et dans l'enseignement [illegible] climatologie, balnéologie.

Les exposants ont la faculté d'exposer soit les objets en originaux, soit des copies, modèles, photographies, dessins, descriptions, tableaux, plans, diagrammes, cartogrammes, ouvrages scientifiques etc. Le Bureau espère que les Français voudront bien apporter leur concours au succès de cette exposition et adresse à tous ceux qui les demandent les réglements pour les exposants et un bulletin d'inscription pour les objets que l'on désire exposer, et prie d'adresser, le cas échéant, son adhesion

au Bureau de l'Exposition (Russie, Saint-Pétersbourg, Rue Dmitrovsky, 15.) au plus tard le 1/13 septembre 1892.

Règlements de l'Exposition Russe d'Hygiène en 1893 à St-Pétersbourg.

Les institutions et les personnes, qui désirent participer à l'exposition, sont invitées à envoyer leurs déclarations préalables, au plus tard le 1/13 septembre 1892 à l'adresse suivante : Russie, St-Pétersbourg, rue Dmitrovsky, 15, Bureau de l'exposition russe d'hygiène, en désignant les objets destinés à être exposés, ainsi que le nombre d'archives carrées ou cubes, qu'elles voudraient y occuper. MM. les exposants recevront une place à l'exposition à raison d'un versement de 3 à 10 roubles pour chaque archine (1) carrée de la place occupée et pour tout le temps de l'exposition. Les fractions d'une archine seront comptées pour une archine entière. En outre MM. les exposants subviennent aux frais nécessaires à la décoration de leurs produits. Les objets exposés, de provenance étrangère, ne sont pas soumis à l'examen des experts et sont hors de concours. Pourtant on décernera des prix pour les inventions et appareils, employés avec succès en Russie. Les objets, destinés à l'exposition, y seront admis avec l'autorisation préalable du Bureau. En cas de refus le Bureau n'est pas tenu d'expliquer les motifs du refus. La vente des objets exposés ne peut se faire qu'avec le consentement spécial du Bureau. Ces objets doivent être marqués de leur prix. Les objets vendus, qui sont représentés en double, peuvent être enlevés immédiatement après le versement des droits de douane. Ceux, qui sont représentés par un seul exemplaire, ne pourront être enlevés qu'après la clôture de l'exposition. On percevra 10 0/0 sur le prix indiqué de tous les objets vendus dans les locaux de l'exposition. Le prix doit être marqué distinctement sur chaque objet destiné à la vente.

Les payements que MM. les exposants auront à faire, doivent être envoyés au Bureau en même temps que les objets destinés à l'exposition. Le déballage des caisses et leur réemballage, ainsi que leur expédition après la clôture de l'exposition, sont à la charge de MM. les exposants, ils pourront confier ces opérations (à leurs frais bien entendu) au commissionnaire attaché à l'exposition. Les objets non vendus, envoyés par voie de chemin de fer, pourront être expédiés jusqu'à leur point de départ, en franchise de frais de transport sur tout le parcours des chemins de fer russes, à condition qu'ils suivent la même route que pour l'arrivée. De même les exposants venus à St-Pétersbourg en 3e classe auront gratis un billet de retour de la même classe. Les objets de provenance étrangère adressés à l'exposition ne sont pas soumis à une visite douanière à la frontière, mais la visite aura lieu à St-Pétersbourg dans les locaux de l'exposition. Les objets visités n'ont pas de droits de douane à payer à l'entrée en Russie, pourvu qu'ils soient réexportés dans le délai d'un mois à dater de la clôture de l'exposition. Après l'expiration de ce terme MM. les exposants devront acquitter les droits de douane, à moins qu'ils ne présentent à la douane un certificat portant que ces objets sont offerts en cadeau au musée de la Société russe pour la protection de la santé publique. La mise en mouvement des machines exposées est aux frais de MM. les exposants. MM. les exposants ont le droit de distribuer des cartes, adresses, prix courants, brochures et autres imprimés sur l'hygiène à condition, que ces pièces soient soumises à l'examen préalable du Bureau sans autorisation duquel leur distribution ne pourra se faire. Chaque exposant ou son commissionnaire reçoit un billet d'entrée gratuit à son nom. Les objets seront placés d'après les indications du Bureau et d'après le tarif, ci-dessus énoncé, au frais des exposants par eux-mêmes, leurs représentants ou les commissionnaires attachés à l'exposition.

Les objets destinés à l'exposition sont acceptés à partir du 15-27 mars jusqu'au 1-12 avril 1893. Un délai de 10 jours après la clôture de l'exposition, est donné à MM. les exposants pour enlever les objets exposés. Les objets, qui y resteront après ce terme, seront gardés et ensuite enlevés par l'intermédiaire du Bureau et aux frais des exposants dans le délai d'un mois. Les objets non réclamés par MM. les exposants, dans le délai indiqué, seront considérés comme offerts en cadeau au musée de la Société russe pour la protection de la santé publique. MM. les exposants et les personnes attachées à l'exposition sont tenus à se conformer à toutes les dispositions prises par le Membre de la Société pour la protection de la santé publique, qui sera de service. Les objets exposés seront placés d'après les indications du Bureau de l'exposition. Le Bureau de l'exposition prendra les mesures nécessaires pour la garde des objets exposés, mais il ne sera responsable ni de la détérioration des objets ni de leur perte. L'assurance contre l'incendie est à la charge de MM. les exposants. Aussitôt que l'exposant ou son fondé de pouvoir aura remis au Bureau de l'exposition un reçu de la livraison des objets qui lui appartiennent, toutes les obligations du Bureau envers l'exposant cessent (1).

(1) 1 archine = 0,71 mètre = 7,9 yard anglais.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er AVRIL AU 30 JUIN 1891, PAR LE Dr PASSANT

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	15	16	3	34
2e	6	17	4	27
3e	25	44	10	79
4e	45	45	23	113
5e	25	42	15	82
6e	21	25	5	51
7e	15	29	5	49
8e	7	8	1	16
9e	11	[illegible]3	6	43
10e	37	50	19	106
11e	61	129	59	249
12e	27	63	14	104
13e	59	82	52	193
14e	42	69	39	150
15e	41	85	37	163
16e	16	20	8	44
17e	51	50	20	121
18e	82	123	78	283
19e	79	103	46	228
20e	110	156	98	364
	778	1179	542	2499

MALADIES OBSERVÉES.

A		**E**	
Angines et laryng.	210	Affect cérébrales	91
Croup	50	Eclampsie. Convuls.	88
Coqueluche	10	Tétanos	»
Corps étrangers de l'œsophage	»	Névralgies	37
Otite	2	Névroses	95
Ophthalmie	1	Epilepsie	26
B		Aliénation mentale.	7
Asthme	57	Alcoolisme. Delirium tremens.	23
Affections du cœur	97	Rage	»
Bronchites aiguës et chroniques	171	Syphilis constitut.	»
Pleuro-pneumonie.	120	**F**	
Congestion pulmonaire	40	Rhumatisme	38
C		Affections éruptives	126
Affections et troubles gastro-intestinaux	178	Pustule maligne	»
Cholérine	95	Fièvre intermitt.	3
Choléra nostras	1	Fièvre typhoïde	30
Dysentérie	5	Hémorrhagies de causes internes et externes	93
Athrepsie	86	**G**	
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	74	Plaies. Contusions.	115
Hernie étranglée	34	Fractures, Luxations. Entorses	29
Rétention d'urine	22	Brûlures	3
Fissure à l'anus	»	Congélat. des pieds	»
Orchite	6	Empoisonnements	13
Chute du rectum	3	Asphyxie par le charbon	6
Vulvo-vaginite	»	— submersion.	1
D		Suicide	5
Métrite. Métro-péritonite	87	**H**	
Métrorrhagie	42	Morts à l'arrivée du médecin	64
Fausse-couche	41		
Accouc. Délivrance	150		
Accouc. non terminé	24	Total	2499

La moyenne des visites par nuit est de 27 87/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 22 80/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 31,1 0/0.
Les femmes — — de 47,1 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 21,7 0/0.

Visites du 2e trimestre de 1891. . 2,060
— 4e — 1892. . 2,494

Différence en plus. 389

Le mois de janvier, pendant lequel l'épidémie de grippe a sévi, comprend à lui seul 1.117 visites de nuit.

A propos de ceinture hygiénique.

Jugement et Expertise.

Un monsieur dont nous ne dirons pas le nom commande pour sa femme à un bandagiste renommé une ceinture hygiénique. La ceinture ne va pas. Madame la refuse. D'où procès par-devant le juge de paix qui a recours à un expert. Et cet expert ? Un professeur de la Faculté de médecine, s'il vous plaît, dont le rapport suggère au juge de paix le jugement suivant :

Nous, juge de paix, attendu que le demandeur réclame une somme de 130 francs, prix d'une ceinture hygiénique ; attendu qu'il résulte d'un rapport fait par le professeur expert que l'appareil ne remplit pas le but auquel il était destiné ; qu'il ne suit pas très exactement les courbures du corps ; que, pour qu'il tienne à peu près, on est obligé de le serrer très fortement ; qu'il devient alors impossible à supporter et que, même dans ces conditions, il glisse à volonté ; attendu que le demandeur allègue que cela tient à ce que la cliente n'a pas les hanches développées et que la partie

(1) Le bulletin d'inscription doit être envoyé à cette adresse : Russie, Saint-Pétersbourg, Bureau de l'Exposition d'hygiène russe, au plus tard le 1-13 septembre 1892. Les exposants, en donnant leur adresse, doivent indiquer l'Etat, le département, la ville, la rue et la maison ; s'ils habitent la province, le district et le village ou le bureau de poste le plus rapproché.

postérieure de son corps ne forme pas non plus un relief suffisant pour empêcher la ceinture de glisser ; mais que c'était à lui de prévoir la difficulté et de ne pas entreprendre un travail qui ne pouvait atteindre le but poursuivi ; que, dans ces circonstances, il n'est pas possible de contraindre M. et Mme X... à accepter un appareil qui ne peut être utilisé ; par ces motifs, déclarons le demandeur non recevable et le déboutons de ses prétentions, avec dépens.

Nous nous plaisons à croire que le professeur de la Faculté de médecine (lequel?) n'a pas étudié le cas à la légère et que les hanches et le postérieur de la dame ont rencontré en lui un examinateur attentif. Il a dû promener la main sur les courbures du corps pour s'assurer si la ceinture hygiénique en suivait exactement les pentes, et serrer cette ceinture sur la chair jusqu'à faire crier le sujet de son étude (!!) Ce n'est donc pas toujours une besogne austère d'être expert en contestation judiciaire, et plus d'un médecin quitterait volontiers ses travaux scientifiques pour ces observations d'un ordre moins élevé (!) (*Echo de Paris*).

Enseignement médical libre.

Cours d'Histologie. — M. le Dr LATTEUX, ancien chef du Laboratoire de la Faculté, à la Charité, recommencera son cours de technique microscopique et de manipulations pratiques, avec exercices de diagnotic d'anatomie pathologique, le 6 septembre 1892, à deux heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 17, rue du Louvre, de 1 heure à 2 heures.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 14 août 1892 au samedi 20 août 1892, les naissances ont été au nombre de 1044 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 411; illégitimes, 151, Total, 562 — *Sexe féminin :* légitimes, 332 ; illégitimes, 150. Total, 482.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 14 août 1892 au samedi 20 août 1892, les décès ont été au nombre de 1077 savoir : 515 hommes et 562 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 10, T. 19. — Variole : M 0, F. 0, T. 0 — Rougeole : M. 7, F. 13, T. 20. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 7, F. 1, T. 8 — Diphtérie, Croup : M. 12, F. 10, T. 22. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 100, F. 74, T. 174. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 14, T. 27 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 1, T. 1. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 28, T. 48. — Méningite simple : M. 19, F. 21, T. 40. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 15, F. 15, T. 30. — Paralysie, M. 4 F. 7, T. 11 — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 1, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 28, T. 52. — Bronchite aiguë : M. 3, F 2, T. 5 — Bronchite chronique. M. 6, F. 10, T. 16. — Broncho-Pneumonie : M. 6, F. 15, T. 21, — Pneumonie : M. 14, F. 18, T. 32. — Gastro-entérite, biberon: M. 72 F. 101, T. 173 — Gastro-entérite, sein: M 13, F. 32, T. 45 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 13, F. 9, T. 22. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5 T. 5 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1 — Débilité congénitale : M. 14, F. 11, T. 25 — Sénilité : M. 7, F. 16, T. 23. — Suicides : M. 10, F. 1, T. 11. — Autres morts violentes : M. 19, F. 12, T. 31. — Autres causes de mort : M. 105, F. 92, T. 197. — Causes restées inconnues : M. 9, F. 3, T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 102, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 42, illégitimes, 24. Total : 66. — *Sexe féminin :* légitimes, 20, illégitimes, 16. Total : 36.

ASILE D'ALIÉNÉS. — *Un gardien brutal.* — Le tribunal correctionnel de Lille a jugé un ancien gardien de l'asile d'aliénés d'Armentières, H. S..., âgé de vingt-deux ans, prévenu de coups et blessures sur un vieillard de soixante-quinze ans, pensionnaire de l'établissement. Quand ce malheureux quittait le parloir, où ses parents venaient le voir, S... exigeait qu'il lui remît la totalité des friandises qu'on lui apportait d'habitude. S'il refusait, il le frappait ou lui mettait la camisole de force. Les juges correctionnels ont condamné S..., aujourd'hui soldat au 110e de ligne, à six mois de prison.

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE. — Voici le sommaire du numéro 3 (1er Septembre 1892) de cette Revue, numéro qui va paraître dans quelques jours : — R. CONDAMIN (Lyon). De l'Omphalectomie et de la suture à trois étages dans la cure radicale des hernies ombilicales (7 *Fig.*), p. 193-221. — H. DELAGÉNIÈRE (Le Mans). Traitement de l'ouraque dilaté et fistuleux par la résection et la suture. Une observation (4 *Fig.*), p. 222-232. — L. VIALLETON (Lyon). Essai embryologique sur le mode de formation de l'exstrophie de la vessie (20 *Fig.*), p. 233-258. — LIBOUROUX (Rochefort). Nouveau traitement du psoïtis et des abcès pelviens pas le drainage trans-iliaque (2 *Fig.*), p. 259-267. — J. PANTALONI (Marseille). De la position de Rose dans les opérations sur la face. Résection du maxillaire supérieur, d'une partie de l'ethmoïde et de l'os malaire en position de Rose (1 *Fig.*), p. 268-274. — *Bibliographie.* — Ce numéro renfermera dans le texte trente-quatre photogravures en relief dont trente-trois au trait et une à la demi-teinte.

CONGRÈS D'ANTHROPOLOGIE. — *Prix* : Les membres russes du Congrès d'anthropologie et d'archéologie préhistorique ont décidé de fonder, pour perpétuer le souvenir de la présidence du grand-duc Serge, un prix destiné à récompenser les meilleurs travaux sur l'anthropologie. Les délégués étrangers se sont aussitôt associés à ce projet et ont promis de contribuer à sa réalisation prochaine par tous les moyens en leur pouvoir.

COLLECTIONS ETHNOGRAPHIQUES. — Les collections ethnographiques recueillies par M. Candelier, au cours du voyage qu'il vient d'effectuer dans les Etats-Unis de Colombie, sont exposées depuis quelques jours au musée du Trocadéro.

LES VACANCES A L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — Dans notre dernier numéro, nous avons insisté sur le petit nombre des membres présents actuellement aux séances de l'Institut. Or, en dehors du bureau, étaient présents seulement lundi dernier : MM. Tisserand, Gaudry, Maurice Lévy. Potier, Fizeau, général Favé, Pasteur et Damour, c'est-à dire *onze académiciens sur soixante-dix.* — La correspondance ne comprenait que deux lettres, émanant de MM. Léo Vignon et de M. le Dr Ferran, de Tortosa. L'ordre du jour ne portait la mention d'aucune communication. Le président est sur le point de lever la séance lorsque M. Pasteur a demandé la parole pour la *présentation à l'Académie d'un ouvrage sur le choléra.* La séance, *qui a duré en tout quinze minutes*, a été levée à quatre heures moins un quart.

Nous avions donc bien raison de demander, pour le mois d'août, des vacances à l'usage de MM. les Académiciens.

MÉDECINS ET SAVANTS PRÉSIDENTS DES CONSEILS GÉNÉRAUX. — Dans le Var, d'un commun accord, la majorité a décidé de nommer à la présidence M. le Dr Sigallas. — Dans la Meurthe-et-Moselle, M. Bichat, doyen de la Faculté des sciences de Nancy, vice-président, a été nommé président. — M. le Dr Turgis, sénateur républicain, a été élu président du Conseil général dans le Calvados. — M. le Pr Cornil, président sortant, a été réélu sans concurrents.

MÉDECINS SÉNATEURS. — Une élection sénatoriale a eu lieu le 21 août 1892, dans la Drôme. Sur 756 inscrits au deuxième tour de scrutin, M. le Dr Chevandier, député de Dié, républicain, conseiller général, a été élu par 387 voix contre 364 obtenues sur son concurrent, conseiller général, maire de Nyons, républicain aussi.

MÉDECINS DES THÉATRES. — Par arrêté, en date du 20 juillet 1892, M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts vient de nommer M. Ch DELALAIN, dentiste des Hopitaux, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, au poste de dentiste suppléant du Théâtre national de l'Opéra.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — *Un voyage d'exploration au Spitzberg.* — Nous avons annoncé le départ, le 20 juillet, de Leith (Ecosse), du transport de l'Etat *Manche*, ayant à son bord MM. Georges Pouchet, professeur au Muséum, et Charles Rabot, explorateur, chargés d'une mission scientifique à l'île de Jan-Mayen et au Spitzberg, et M. Gratzl, officier de la marine autrichienne, qui avait en 1882, fait partie de la mission autrichienne envoyée à Jan-Mayen. La *Manche* devait, on se le rappelle, se rendre à Jan-Mayen, puis au Spitzberg. Le programme que s'étaient tracé les explorateurs a pu être suivi, ainsi que l'annonce une dépêche reçue de Tromsoé.

PROTESTATIONS CONTRE LE TOUT-A-L'ÉGOUT. — Voici le vœu formulé par le Conseil général de Seine-et-Oise à ce propos : Le Conseil général de Seine-et-Oise proteste contre l'état d'infection de la Seine causé par le déversement des eaux d'égout et des produits des fosses d'aisance ; demande à M. le président du

Conseil, ministre de l'Intérieur, et à M. le ministre des travaux publics de faire cesser une situation aussi dangereuse pour la santé publique ; donne son adhésion complète au comité d'assainissement de la Seine qui vient de se former et qui comprend les maires des localités riveraines ; vote un crédit de 5,000 francs, qui sera mis à la disposition de M. le préfet de Seine-et-Oise pour le cas où les communes auraient besoin d'un concours « pécunier » pour la défense de leurs intérêts ; prie MM. les sénateurs et députés du département de faire appel au besoin à l'intervention du Parlement pour obtenir une solution prompte et définitive.

RÉCOMPENSES. — Une médaille d'honneur en argent a été décernée à M. GÉRARD père, médecin à Moncornet, en récompense du zèle et du dévouement dont il a fait preuve au cours d'épidémies de varioles et de diphtérie qui ont sévi à différentes reprises dans la commune de Moncornet.

SERVICE MÉDICAL AU DAHOMEY. — Nous avons annoncé que M. Bourit, médecin de la Marine, avait été envoyé au Dahomey pour convoyer les malades et les blessés qui seraient ramenés en France par les paquebots des Chargeurs-Réunis et ceux de la Compagnie Fraissinet. Le ministre vient de désigner un second médecin de 1re classe de la marine, M. Dubois Saint-Sévrin, pour remplir le même office. Cet officier sera accompagné d'un infirmier de la marine ; tous deux seront considérés comme en service à la mer et compteront sur le transport-hôpital *Mytho*, où ils feront du service en attendant la formation d'un envoi de malades, par la voie des paquebots, selon la destination assignée aux rapatriés. M. Dubois Saint-Severin et l'infirmier désigné pour l'accompagner prendront passage sur le paquebot des Chargeurs-Réunis partant de Bordeaux le 10 septembre prochain.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le médecin principal de la marine, Comme, à Brest, servira en qualité de médecin-major du *Borda* (école navale), en remplacement du Dr Roussel, promu médecin en chef. — Le médecin principal de la marine Geoffroy, à Toulon, servira comme médecin de l'*Algésiras* (école des torpilles) en remplacement du Dr Dubergé, admis à la retraite. — Le Dr Martialis, directeur du service de santé de la marine du port de Lorient, a été porté à la première classe de son grade.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES. — MM. les Drs Buisson et Bousquet, médecins de la marine, sont partis pour le Sénégal (Dakar) à bord de l'*Orénoque*.

SOCIÉTÉ DES AMIS DES SCIENCES. — *Legs*. — Par décret, la Commission exécutive de la Société des Amis des sciences est autorisée à accepter, au nom de cette Société, la somme de 2,000 francs léguée par le docteur Jules Gaudier.

LA RAGE. — M. Jules Roche, ministre du commerce, a provoqué un vœu du Conseil Général de l'Ardèche tendant à prendre des mesures contre les animaux enragés. Il a rappelé que de telles mesures avaient fait disparaitre la rage en Allemagne. Le vœu a été renvoyé à la Commission des objets divers.

HOPITAL NECKER. — *Clinique des maladies des voies urinaires*, Service de M. le professeur GUYON. — *Cours de vacances*. — MM. ALBARRAN, HALLE, CHABRIÉ, et JANET commenceront le 5 septembre prochain à 5 heures un cours complet sur les maladies des voies urinaires (clinique, médecine opératoire, examens histologiques, bactériologiques et chimiques). Prière de se faire inscrire d'avance a l'hôpital Necker, Salle Velpeau.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr V, PODWYSOTSKI, professeur de pharmacologie à l'Universite de Kazan. — M. le Dr Jon DUBIN, professeur honoraire d'anatomie à l'Institut Caroline et rédacteur en chef du principal journal de médecine suédois, *Hygiea*. — Nous apprenons que M. le Dr LEQUÉMENT, médecin de la marine de 2e classe, est décédé le 13 août, à Kotonou (Dahomey).

Publications du Progrès Médical.

VIENT DE PARAITRE

Traité pratique, Théorique et Thérapeutique de la Scrofulo-Tuberculose.

Par Henri LELOIR,

Professeur des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille.
Membre correspondant de l'Académie de médecine, Lauréat (*bis*) de l'Institut, etc.

De la peau et des muqueuses adjacentes (Lupus et tuberculose qui s'y rattachent). Volume in-4 de 405 pages, avec 30 figures originales intercalées dans le texte, 22 tableaux statistiques et un atlas de XV planches. — Prix : 30 fr. — Pour nos abonnés. 22 fr. 50

De l'oblitération des sutures du crâne chez les Idiots ;

par E. TACQUET.

Volume in-8 de 72 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

Recherches Cliniques et Thérapeutiques sur l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Épilepsie ;

Par BOURNEVILLE

Médecin de Bicêtre.

Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1891 (T. XII) avec la collaboration de MM. BANZET, ISCH-WALL, RAOULT, R. SOREL et P. SOLLIER. — Un fort volume in-8° de CVIII-142 pages, avec 13 figures dans le texte et 2 planches. — Prix : **5 fr.** ; pour nos abonnés : **3 fr. 50.**

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boul. Saint-Germain.

AVIRAGNET (E.-C.). — De la tuberculose chez les enfants. Volume in-8 de 140 pages. — Prix. . . . . 4 fr.
CLOPATT (A.). — Contribution à l'étude du chimisme stomacal. Brochure in-8 de 31 pages.
REBLAUD (Th.). — Des cystites non tuberculeuses chez la femme (Etiologie et pathogénie). Volume in-8 de 119 p. — Prix. 4 fr.

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, Place de l'Ecole de Médecine.

MARTHA. — Des attaques épileptiformes dues à la présence du tænia pseudo-epilepsie vermineuse. Brochure in-8 de 30 pages.

Librairie Vve BABÉ et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

ROCHARD (J.). — Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique. Vient de paraitre du Tome IV, le 21e fascicule. Volume in-8 de 160 pages.

Libraire A. LEMOIGNE, 12, rue Bonaparte.

DÜHRSSEN (A.). — Vade-mecum de gynécologie. Volume in-8 cartonné de 179 pages avec 100 figures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. Nº 36. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 3 SEPTEMBRE 1892.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

A propos de la rareté des paralysies laryngées corticales ;

par le Dr Paul RAUGÉ.

Dans la répartition topographique qui attribue à la mise en action de chaque fonction volontaire un point déterminé de l'écorce cérébrale, l'appareil de la phonation a été l'un des plus longtemps oubliés et le dernier peut-être à trouver sa place : encore celle qu'on lui accorde aujourd'hui reste-t-elle fort incertaine et passablement discutée.

Jusqu'à ces toutes dernières années [1876 (Ferrier), 1877 (Duret)] on ne sembla pas se douter qu'on dût aller chercher dans les régions supérieures de l'encéphale le foyer excitateur d'aucun mouvement du larynx : il paraissait tout naturel, et complètement satisfaisant, de localiser dans le bulbe, à côté des réflexes purement végétatifs dont cet organe est le centre ordinaire, l'origine de la plus élevée, de la plus évidemment psychique parmi les fonctions animales, je veux dire l'acte phonateur, cet élément primitif et nécessaire de la parole articulée, laquelle n'est, à tout prendre, qu'une transformation plus intellectuellement différenciée du son laryngé élémentaire.

La cause du malentendu résidait vraisemblablement dans une analyse incomplète des attributions laryngées : le fait qu'on avait négligé et qui, dans l'espèce, est capital, c'est que le larynx est un appareil à double fin, accomplissant alternativement deux fonctions différentes et, jusqu'à un certain point, antagonistes : l'une associe directement l'organe aux phénomènes mécaniques de la respiration : c'est la dilatation active qu'exercent incessamment ses muscles abducteurs sur la fente glottique durant la respiration silencieuse ; l'autre fait du larynx l'instrument par excellence de la phonation. Si la première, comme toutes les fonctions végétatives, provient incontestablement du bulbe, la nature éminemment consciente et manifestement voulue de la seconde devait suffire *a priori* pour affirmer son origine corticale. Et c'est précisément parce qu'il obéit tour à tour aux ordres du cerveau ou cède aux impulsions du bulbe, que le larynx est susceptible d'accommoder son appareil moteur alternativement à l'une ou à l'autre des deux fonctions contradictoires dont il est cumulativement chargé. C'est pour n'avoir pas pris souci de cette importante dissociation fonctionnelle, que tous les physiologistes d'il y a quinze ans, et pas mal encore de ceux d'aujourd'hui, ont confondu dans la moelle allongée toutes les formes de l'activité du larynx, aussi bien les mouvements délicats qui réalisent les nuances infinies de la modulation vocale, que le simple *tonus des abducteurs*, par où la béance glottique est continuellement assurée au va-et-vient du courant respiratoire.

L'idée de rechercher dans les circonvolutions cérébrales un centre pour la phonation appartient à Ferrier d'abord, qui ne fit, il est vrai, que vaguement l'apercevoir ; mais surtout à M. Duret, qui lui donna, l'année suivante, une forme moins indécise et un commencement de contrôle expérimental. Ni l'un ni l'autre toutefois ne réussit à établir d'une façon ferme la nouvelle localisation cérébrale dont tous deux entrevoyaient la nécessité. Mais s'ils n'ont pas trouvé le centre du larynx, ce fut pour la bonne raison que ce n'était pas lui, proprement, qu'ils cherchaient. Ce qu'ils avaient l'air de poursuivre — à lire le récit de leurs expériences — ce n'est point en effet le centre d'origine de l'activité du larynx ou d'une forme circonscrite, la forme essentiellement vocale, de cette activité motrice : c'est un vague foyer d'impulsion cérébrale commandant à lui seul toute la fonction phonatrice, c'est à la lettre un centre vocal autonome et complet, non pas, je le répète, un centre purement laryngé, mais une région du cortex toute-puissante et seule puissante sur la totalité des actes mécaniques dont se compose le phénomène phonique. Pour répondre à l'attente de ces premiers expérimentateurs, il semblait que l'excitation de ce centre idéal devait suffire à réaliser de toute pièce l'acte phonateur, comme son ablation à le supprimer : tous deux paraissent avoir oublié que la production des vibrations glottiques qui constituent la voix ne réclame pas seulement la mise en activité du larynx, mais l'intervention collective d'au moins deux actes musculaires : la contraction de la glotte sans doute, qui module et gradue les oscillations du courant aérien, mais avant tout l'effort expiratoire conscient, volontaire et rythmé qui est la source même de ce courant, partant de tout le phénomène. A ces deux actes synergiques, mais parfaitement dissociables, doivent forcément correspondre, à la surface du cerveau, deux centres associés fonctionnellement, mais anatomiquement distincts. Pour réaliser expérimentalement, ainsi que M. Duret pensait l'obtenir, l'acte total de la phonation, il fallait donc porter l'excitation non point uniquement sur le foyer moteur du larynx, mais mettre en action simultanément chacun des centres corticaux qui commandent le double élément mécanique de la fonction : c'était probablement un effet diffus de ce genre que déterminait la plaque de liège employée par M. Duret comme moyen d'excitation de la surface cérébrale. Poursuivant l'acte phonateur comme un fait indécomposable, et cherchant à ce phénomène complexe une représentation corticale unique, les expériences de M. Duret ne pouvaient évidemment le conduire à la découverte de la zone précise que ses successeurs ont nommée depuis « centre laryngé. » Aussi n'est-il pas étonnant que la localisation indiquée par lui ne corresponde aucunement au point qu'on regarde aujourd'hui comme le vrai foyer psycho-moteur du larynx.

Le mérite de M. Krause, celui de M. Masini et de MM. Semon et Horsley, fut de séparer, dans l'acte d'ensemble, la part qui revient en propre au larynx, pour l'étudier isolément : en même temps, ils introduisaient dans ces recherches une méthode rigoureuse et un manuel expérimental absolument précis. Comme faisait M. Duret, ils promènent à la surface du cerveau les excitations expérimentales : mais, à la compression mécanique des régions explorées, moyen par excellence inconstant, aveugle et diffus, ils ont soin de substituer

l'action circonscrite et mesurable d'un courant d'induction, dont la pointe d'une électrode limite exactement l'effet au point mathématiquement choisi de la substance grise. De plus, et ce fut là le grand progrès dans cet ordre de travaux, au lieu d'estimer les résultats de l'action expérimentale d'après les variations plus ou moins abstraites d'un phénomène acoustique impossible à analyser, ils interrogent directement, soit à l'aide du miroir, soit par l'observation immédiate du larynx partiellement extrait, les modifications subies par l'image glottique à chaque phase de l'expérience. Introduite fort ingénieusement par M. Krause dans la technique expérimentale, l'exploration laryngoscopique substitua d'une façon très heureuse la constatation visuelle d'un phénomène simple et précis à l'estimation toujours infidèle d'altérations phoniques pathogéniquement complexes, et dont les désordres laryngés ne sont pas toujours ni uniquement responsables. A partir de ce moment, la recherche précise d'un centre cortical pour les mouvements vocaux du larynx. du larynx exclusivement, remplaça la notion confuse de centre phonateur, comprise dans le sens beaucoup trop étendu que lui donnaient les anciens observateurs.

Une fois orientées dans cette direction, qui est évidemment la bonne, les recherches des physiologistes ne pouvaient manquer de porter leurs fruits. Après avoir établi les limites du centre laryngo-moteur volontaire dans les espèces inférieures (Krause), elles nous ont, un peu plus tard (Semon et Horsley), indiqué la situation probable de ce même centre chez l'homme, en étendant l'expérimentation à l'espèce animale chez qui la topographie cérébrale se rapproche le plus de la nôtre, le singe (macacus rhesus, macacus cynomolgus et surtout macacus cynicus). A moins d'expérimenter sur l'homme lui-même, c'était le plus que pouvait faire la physiologie pour la solution du problème.

Ce qu'il y a précisément d'étrange et de particulier dans ce chapitre encore très neuf des localisations cérébrales, c'est que le peu que nous savons de cette question difficile, nous le devons presque en entier à l'expérimentation sur l'animal. La pathologie humaine n'y a, pour ainsi dire, rien apporté; cette abstention singulière de la clinique sur ce point est d'autant plus faite pour nous surprendre, que, dans la recherche des autres foyers moteurs, c'est elle, elle à peu près seule, qui a tout fait. Lorsque Broca eut découvert son centre d'articulation verbale, les observations abondèrent presque aussitôt; elles devinrent bientôt si nombreuses, que les faits d'aphasie motrice avec altération circonscrite du pied de la troisième frontale sont maintenant des banalités qu'on ne publie plus. Pour le centre phonateur du larynx, il en est allé bien différemment : depuis quinze ans qu'on les recherche, les observations se comptent encore; elles se comptent tellement, que dans le nombre assez considérable des cas publiés dans ce sens, on peut, toute critique faite, en conserver tout juste trois qui soient à peu près utilisables pour contrôler les affirmations de la physiologie pure.

Cette impuissance de la clinique, ou cette indifférence, en face d'une question de pareille importance, ne prouve en aucune façon, comme on l'a prétendu, que la paralysie laryngée de provenance corticale soit une fiction pathologique correspondant à une lésion cérébrale exceptionnelle ou même, a-t-on pu dire, absolument irréalisable. S'il existe, comme nous en sommes sûrs à présent, un point de l'écorce cérébrale exclusivement préposé à la direction des mouvements vocaux de la glotte; si, comme tout porte à le croire, il se trouve un centre pareil dans chacun des deux hémisphères; si, comme l'affirment MM. Semon et Horsley, ce foyer occupe, dans le pied de la frontale ascendante, une étendue pour le moins comparable à celle de la zone de Broca dont il partage l'irrigation artérielle (branche de la sylvienne) et dont il semble continuer la substance, ce centre doit être aussi exposé que l'est la région motrice du langage parlé aux lésions vasculaires de son tissu; et l'on ne voit pas bien par quelle faveur spéciale il pourrait échapper plus qu'elle, ou plus que tout autre foyer moteur, aux altérations variées qui frappent indistinctement tous les départements de la substance grise. Logiquement, les paralysies laryngées d'origine cérébrale devraient être aussi fréquentes que les hémiplégies communes; elles devraient l'être deux fois plus que ne l'est l'aphasie motrice, puisqu'il n'existe qu'un centre de Broca et qu'il y a deux centres laryngés, double risque. Et pourtant, les hémiplégiques des membres et les aphasiques moteurs encombrent les services d'hôpitaux, pendant que la paralysie laryngée corticale reste un fruit rare de la clinique, que la laryngologie dispute à la pathologie nerveuse. C'est ce paradoxe étiologique dont il m'a paru intéressant de rechercher les causes.

Cette explication s'offrirait d'elle-même si l'on acceptait les idées que MM. Semon et Horsley professent sur le fonctionnement du centre laryngé. Ce centre, comme on sait, n'est pas, pour ces auteurs, représenté par une zone unique, unilatérale et asymétriquement placée dans l'un seulement des hémisphères cérébraux, comme il arrive par exemple pour les foyers du langage, qui, tous, moteurs ou sensoriels, sont disséminés à la surface de l'hémisphère gauche. Les mouvements vocaux de la glotte sont au contraire représentés dans deux régions identiques occupant symétriquement, dans chaque moitié du cerveau, la partie la plus antérieure du pied de la frontale ascendante. Jusque-là, rien à discuter : cliniciens et physiologistes sont à peu près d'accord sur la position topographique du centre laryngé; sauf de très rares dissidences (Seguin), ils le sont tout à fait sur sa bilatéralité.

Mais voici le point original et à la fois le plus contestable de la doctrine de M. Semon : chacun des deux centres laryngés ne limite pas son action au côté opposé de la glotte, à la façon des autres foyers psycho-moteurs symétriques; il étend son pouvoir aux deux cordes vocales, si bien que chacune de ces deux régions motrices ne représente en somme que la répétition fonctionnelle et pour ainsi dire la doublure de l'autre. Il résulte de là que l'acte phonateur est assuré de deux côtés contre les risques pathologiques, bien mieux que ne l'est, par exemple, la motilité des membres ou la conservation du langage. Supprimez, dans un seul hémisphère, le foyer ou les conducteurs de la motilité volontaire : il en résulte une hémiplégie simple; détruisez le centre de Broca, vous annulez du coup toute la fonction qu'il résume et faites par là seul une aphasie motrice; imaginez maintenant une lésion, également asymétrique, portant sur l'un des centres laryngés; cette altération, fût-elle entièrement destructive, restera, au point de vue clinique, absolument inexpressive, et les mouvements de la glotte continueront à s'accomplir comme si rien n'était survenu : c'est qu'étant unilatérale, la lésion que nous supposons reste forcément sans effet sur l'activité du larynx : elle ne peut paralyser tout l'organe, puisque l'un des centres persiste, ni même

en paralyser la moitié, puisque ce centre, qui survit, survit avec sa bilatéralité d'action. Voilà comment, pour MM. Horsley et Semon, le centre laryngé représente un foyer inattaquable au point de vue pathologique, et pourquoi ses altérations, restant toujours cliniquement muettes, échappent constamment à notre observation.

Il faudrait se garder d'ailleurs de voir dans cette affirmation un peu paradoxale une simple vue de l'esprit. Ses partisans l'édifient au contraire sur des expériences précises. Réalisant artificiellement l'hypothèse de tout à l'heure, ils montrent que les mouvements de la glotte persistent, et persistent des deux côtés, après la destruction totale de l'un des centres laryngés, voire même après l'ablation de tout un hémisphère.

Cependant l'expérience clinique se montre ici en complet désaccord avec les résultats de la vivisection. Si la conception précédente était vraie, les paralysies cérébrales du larynx ne seraient pas seulement une exception, elles seraient une impossibilité pathologique, à moins de la coïncidence rare de deux lésions symétriques atteignant à la fois l'un et l'autre hémisphère. Or, nous connaissons aujourd'hui un petit nombre de faits bien observés (Garel, Déjerine) et dignes de toute créance, dans lesquels l'hémiplégie du larynx reconnaissait incontestablement pour cause une altération limitée de l'écorce. Malgré les lacunes qu'on y peut relever, ces observations sont convaincantes, et je ne puis partager sur leur compte le scepticisme un peu tenace de MM. Semon et Horsley : elles suffisent en tout cas, malgré leur rareté extrême, à faire matériellement la preuve de ce fait, que les altérations unilatérales du centre laryngé ne restent nullement latentes, mais s'expriment cliniquement par une hémiplégie portant sur la moitié opposée de la glotte.

Malgré son aspect séduisant, la doctrine de M. Semon ne semble donc pas l'explication vraie de la pénurie de faits cliniques que je déplorais tout à l'heure. Cette absence de documents reconnaît, à mon sens, une raison moins élevée, mais infiniment plus pratique et que je crois la seule exacte : elle a tout simplement pour cause les conditions particulièrement obscures dans lesquelles le phénomène se présente et la difficulté qu'offre en ces circonstances l'observation des malades.

Si les hémiplégies laryngées corticales sont si exceptionnellement signalées, ce n'est aucunement parce qu'elles sont physiologiquement irréalisables ou plus difficilement réalisables que d'autres. C'est parce que nous ne savons pas les reconnaître et qu'elles se dérobent quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent à l'observation clinique commune. Ce sont précisément ces difficultés particulières dont je me propose, en ce qui va suivre, d'analyser la nature et les causes : peut-être ainsi contribuerai-je à montrer de quelle façon ces cas doivent être cherchés et à les rendre plus nombreux dans l'avenir.

Le premier fait à signaler, c'est que les paralysies corticales du larynx ne se révèlent que par des troubles vocaux, jamais par des symptômes respiratoires. La part incontestablement active (tonus des dilatateurs) que prend l'orifice glottique aux phénomènes mécaniques de la respiration représente, nous l'avons vu, un acte éminemment bulbaire, parfaitement indépendant du centre cortical et pouvant fort bien se passer de lui. Aussi ne doit-on pas s'attendre à rencontrer jamais, dans cette forme de paralysie laryngée, ces phénomènes dyspnéiques éclatants, et forcément reconnaissables, qui caractérisent par exemple la compression du récurrent (anévrysmes de l'aorte, tumeurs de l'œsophage, etc.) ou les altérations des noyaux bulbaires (crises laryngées du tabes).

Mais les troubles vocaux eux-mêmes, qui manifestent seuls l'altération de l'écorce, peuvent ici passer inaperçus beaucoup plus aisément que dans les paralysies d'autre provenance, et cela pour plusieurs raisons :

La première et non pas la moins considérable, c'est l'unilatéralité constante de cette paralysie vocale. Il se passe, en ce cas, ce qui survient toujours dans les troubles moteurs à forme hémiplégique, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature ou la cause : le défaut d'adduction de la corde malade est bientôt compensé par le surcroît d'action que s'impose la corde saine, si bien que l'occlusion glottique arrivant à peu près à s'accomplir quand même, ce n'est plus de l'aphonie vraie qui se montre, mais une simple dysphonie déterminée surtout par le défaut de tension de la corde paralysée. Il ne s'agit plus désormais, comme dans le cas d'aphasie motrice, d'enregistrer un fait grossier, la suppression en bloc de la parole ou de la voix, mais d'une nuance à saisir ; et cette nuance échappe aisément — sinon quant à son existence, du moins dans son interprétation — à l'oreille la plus attentive.

Elle échappe d'autant plus volontiers que le trouble vocal ne se montre jamais ici à l'état isolé et simple. Dans presque tous les cas publiés, l'altération laryngée coïncidait avec des symptômes d'aphasie, ce qu'on peut comprendre sans peine si l'on songe que le centre laryngé confine exactement en avant au foyer des images motrices d'articulation. Il est superflu d'insister sur la difficulté qu'apporte cette complication symptomatique à l'appréciation du trouble vocal, et combien il est malaisé d'apprécier l'état de la voix chez un malade qui ne parle pas, de dégager le trouble d'intonation du trouble beaucoup plus saillant de l'articulation verbale.

Cette analyse serait sûrement impossible et le désordre laryngé resterait le plus souvent ignoré, perdu pour ainsi dire au milieu des troubles aphasiques, si l'on n'avait, pour révéler son existence, un indice autrement précis que les altérations, plus au moins saisissables, de la modulation vocale. Ce signe, véritablement révélateur, pourvu qu'on songe à le chercher, c'est le désordre mécanique survenu dans les mouvements ou dans l'attitude des cordes, c'est la déformation de l'image glottique qui exprime, pour ainsi dire graphiquement, cette perturbation motrice : exécuté avec un peu d'adresse et interprété comme il convient, l'examen laryngoscopique ne prête, en pareil cas, ni à l'erreur ni à l'équivoque et met positivement sous les yeux le désordre moteur dont l'oreille ne pouvait percevoir que très confusément les conséquences acoustiques : c'est presque toujours, dans ces circonstances, le laryngoscope qui découvre la paralysie, et qui la découvre souvent dans des cas où nul signe extérieur ne la faisait pressentir ; c'est lui qui en reconnaît la nature, en précise le siège et la forme, et montre quelquefois l'une des cordes immobile alors que tous les symptômes faisaient prévoir une paralysie de la corde opposée (cas de Garel).

Mais alors, rien de plus aisé que ces diagnostics si difficiles : il suffit, dira-t-on, d'examiner ses malades. Le fâcheux justement c'est qu'on ne les examine pas, — j'entends par là qu'on n'examine pas leur larynx, — à moins qu'ils ne tombent, ce qui est rare, entre les mains

*

d'un laryngologue: comme l'état de leurs cordes vocales est le moindre de leurs soucis, comme cet état ne s'annonce par aucun symptôme apparent, ou ne s'annonce que par des manifestations phoniques perdues au milieu d'accidents plus graves, les malades de cette espèce se rencontrent presque toujours dans des services de médecine, où le laryngoscope est plus ou moins dédaigné: ce sont d'ailleurs, nous l'avons vu, très fréquemment, des aphasiques, des hémiplégiques parfois alités, toujours impotents, comprenant peu, répondant mal ou point, se prêtant difficilement à l'exploration, réunissant, en résumé, toutes les conditions requises pour rendre un examen laryngoscopique difficile et désagréable: aussi s'évite-t-on trop souvent cette tâche, même quand on est en état de la remplir, et que des troubles vocaux manifestes, parfois même une aphonie plus ou moins complète (cas d'Ange Duval, de Luys, de Livio-Ronci, de Seguin), semblent solliciter l'examen.

Supposons maintenant que cet examen ait été fait, qu'un observateur compétent ait constaté l'impotence vocale d'une corde, que la coexistence d'autres accidents cérébraux, l'absence de lésions périphériques ou de phénomènes bulbaires fasse naître l'idée d'une lésion corticale. Va-t-on, sur ce simple soupçon, affirmer que cette lésion existe et trancher cette grosse question de pathogénie avec des probabilités cliniques? Evidemment non, et les faits avancés sur ces seules preuves (Lewin, première communication de Bryson-Delavan, Cartaz, les deux premiers cas de Garel) ne peuvent être comptés comme acquis. Pour qu'une observation de ce genre constitue un document complet, il faut qu'une autopsie parfaite apporte au diagnostic clinique son contrôle matériel et sa consécration suprême.

Mais là nous attendent encore de nouvelles difficultés, et les autopsies de ce genre ne sont pas des autopsies ordinaires. Il ne suffit pas, en effet, de trouver une lésion de l'écorce, fût-elle exactement circonscrite au siège présumé du centre laryngé, pour que l'on puisse affirmer ferme que cette lésion corticale est la cause et l'hémiplégie l'effet. Il s'agit de prouver encore que le trouble moteur observé ne venait pas d'une autre source, qu'il n'existait d'altération ni dans les fibres cortico-bulbaires (couche sous-corticale, capsule interne, pédoncule ou protubérance), ni dans les noyaux gris du bulbe, ni dans les racines du spinal ou du vague, ni dans les troncs nerveux, ni dans leurs branches terminales, ni dans les muscles laryngés eux-mêmes ou dans les articulations ary-cricoïdiennes. On voit quel labeur anatomique demande, pour être complet, cette espèce de contrôle négatif. Il n'exige pas seulement l'examen macroscopique de coupes en séries pratiquées dans tout l'appareil nerveux central et périphérique du larynx; il nécessite encore l'étude microscopique de toutes les régions soupçonnées, seule façon d'éliminer ou de constater l'existence de foyers de dégénérescence histologique absolument inappréciables à l'œil nu. Pour comprendre le soin que réclame une autopsie de cette nature, il suffit de relire, dans leur texte même, les trop rares observations qu'on peut citer comme modèles du genre, celles de Bryson-Delavan, d'Eisenlohr, de Garel, de Déjerine. On se souvient que dans le cas célèbre du premier de ces auteurs, la nécropsie trouva, dans un foyer bulbaire, l'explication inattendue d'une paralysie laryngée qu'on avait publiée, du vivant du malade, comme un cas de lésion corticale; que, dans les cas d'Eisenlohr et de Garel, l'altération siégeait dans la capsule interne, qu'enfin, dans les deux faits tout récemment fournis par Déjerine, la lésion appartenait à la catégorie de celles que Lichtheim et Wernicke ont fait connaître sous le nom de foyers sous-corticaux.

La recherche d'une laryngoplégie corticale comporte, en résumé, d'après ce qui précède, deux difficultés d'ordre différent: la trouver d'abord, la prouver ensuite. La première de ces difficultés est affaire de perspicacité clinique; la seconde ne relève que de l'anatomie pathologique.

Or, pour trouver une lésion de ce genre, il faut — qu'on me passe cet aphorisme beaucoup moins naïf qu'il n'en a l'air — il faut avant tout la chercher, la chercher méthodiquement, avec une sorte de parti pris, et sans attendre qu'un trouble vocal en révèle extérieurement l'existence. Pour cela, on doit la poursuivre, le laryngoscope à la main, chaque fois qu'une altération corticale, démontrée ou rendue probable par d'autres symptômes plus clairs, en fera soupçonner la possibilité. Le jour où, dans les services de médecine générale, on examinera, à ce point de vue, tous les hémiplégiques, tous les aphasiques, aphones ou non, tous les cérébraux de toute nature, le jour où le miroir laryngien sera, dans tous les cas de ce genre, appliqué d'une façon délibérée et pour ainsi dire systématique, alors même qu'aucune manifestation laryngée apparente ne semble réclamer son emploi, on recueillera plus de faits qu'il n'en faut pour asseoir sur des bases cliniques solides un chapitre de pathologie nerveuse pour lequel nous restons encore honteusement tributaires de la physiologie expérimentale.

Pour se diriger dans cette recherche, il importe de savoir d'avance quel doit être, en pareil cas, l'aspect probable de la glotte, quelle déformation et quel trouble moteur il faut s'attendre à rencontrer. Et d'abord l'image glottique est-elle constante, est-elle caractéristique en l'espèce? Peut-on, d'après la simple vue d'une corde vocale immobilisée dans telle ou telle attitude, d'un orifice glottique déformé ou dévié d'une certaine manière, affirmer le siège cortical de la lésion originelle? L'affirmer, non; mais le soupçonner, sûrement. Je n'hésite pas, pour ma part, à déclarer que la paralysie corticale fournit une image laryngoscopique absolument personnelle, et qui, bien analysée, peut conduire tout au moins à un diagnostic de présomption très probable.

Les caractères de cette image anormale, le sens suivant lequel la glotte a perdu sa mobilité, vont se déduire très simplement des quelques considérations de physiologie sommaire dans lesquelles nous sommes entrés en commençant.

Les lésions de l'écorce cérébrale laissant parfaitement indemne l'effort inconscient et continu de dilatation qui répond au côté respiratoire de l'activité laryngée (tonicité bulbaire des abducteurs), on n'observe aucune déformation tant qu'on se borne à examiner la glotte à l'état de repos. Tout le désordre fonctionnel porte sur les puissances adductrices exclusivement préposées, comme on sait, à la phonation et à l'effort. Aussi, lorsqu'on engage le sujet à essayer de produire un son, la corde saine se met seule en mouvement; la corde malade reste passivement dans sa situation d'écartement respiratoire; elle ne peut pas même s'approcher jusqu'à la position cadavérique, puisqu'elle n'a conservé aucune énergie adductrice capable de lutter contre le tonus des abducteurs. C'est donc, en somme, une im-

mobilisation absolue de la corde, aussi bien dans la phase vocale que dans la phase respiratoire ; mais cette immobilisation en abduction respiratoire ne ressemble en aucune façon, comme pathogénie ni comme apparence, à l'immobilisation en position cadavérique qui caractérise la paralysie glottique totale.

C'est donc à tort que dans presque toutes, je crois même pouvoir dire dans toutes les observations de ce genre, on parle constamment de position cadavérique. Il y a là certainement une erreur d'interprétation physiologique, en même temps qu'une erreur d'appréciation laryngoscopique, qu'il n'est pas inutile de signaler. M. Déjerine lui-même y est tombé, et d'une façon d'autant plus étonnante qu'après avoir indiqué, chez ses deux malades, cette attitude cadavérique, il ajoute plus loin cette proposition absolument contradictoire, que l'activité respiratoire était intégralement conservée, comme si l'expression « position cadavérique » ne voulait pas dire, rigoureusement et sans discussion possible, inertie de la glotte, aussi bien dans le sens respiratoire que dans le sens vocal.

On s'expliquerait malaisément comment les auteurs dont je parle ont pu confondre ainsi deux positions aussi visiblement différentes que le sont l'attitude cadavérique et l'abduction respiratoire, l'une correspondant à une très faible ouverture (5 millim., Semon) de la glotte, l'autre à sa plus large béance (13 millim. 5). Mais la cause de cette erreur est certainement contenue dans le fait que voici : la corde vocale restée saine, exagérant son excursion normale pour aller au-devant de sa congénère immobile, dissimule en partie l'excès d'écartement de cette dernière ; elle ne réalise toutefois cette compensation qu'au prix d'une certaine obliquité glottique, qui peut facilement échapper à l'attention, mais dont la constatation suffira toujours pour faire corriger l'illusion que je signale ; on évitera également cette erreur si l'on prend soin de s'assurer que, pendant la respiration silencieuse, les deux cordes restent parfaitement symétriques : il n'en serait évidemment pas ainsi si, comme on se plaît à le dire, la corde saine se trouvait alors dans sa position respiratoire normale, et la corde malade en position cadavérique. Cette fixation permanente d'une corde en attitude respiratoire étant un fait laryngoscopique absolument particulier, on voit donc que j'avais raison d'affirmer qu'elle peut suffire à caractériser la paralysie corticale. Elle ne s'observe, en effet, ni dans les paralysies bulbaires, où l'on trouve au contraire un défaut d'abduction, ni dans les paralysies récurrentitielles, qui produisent, suivant les cas, tantôt, quand elles sont complètement destructives, la position cadavérique vraie, tantôt l'adduction permanente alors qu'elles sont incomplètes (paralysie des abducteurs de Semon) ou simplement irritatives (contracture totale de Krause).

Il existe pourtant un seul état morbide où l'on rencontre, comme dans les lésions matérielles du centre laryngé, les cordes fixées en abduction extrême avec impotence absolue dans le sens de l'adduction : je veux parler des paralysies hystériques. Le fait n'a rien de surprenant si l'on songe que celles-ci sont aussi de provenance corticale. Mais ce qui les distinguera toujours des paralysies organiques, c'est qu'étant par excellence des perturbations fonctionnelles, les troubles moteurs hystériques sont constamment bilatéraux, alors que les lésions du centre laryngé, sauf le cas improbable où les deux côtés sont atteints, restent toujours rigoureusement hémiplégiques.

Cette unilatéralité des laryngoplégies corticales n'est certainement pas un caractère absolu et qui leur appartienne en propre : on trouve quelquefois la forme hémiplégique dans les lésions des troncs nerveux, quoique les deux récurrents ou les deux troncs pneumo-gastriques soient le plus souvent englobés ensemble dans la lésion originelle ; on la rencontre aussi, quoique plus rarement, dans les altérations du bulbe. Ce que je désirais seulement signaler, c'est que ce caractère d'asymétrie n'étant absolument constant que dans les lésions cérébrales, sa constatation pure et simple constitue déjà, dans une paralysie de provenance douteuse, un commencement de preuve en faveur de cette origine.

Qu'on ne s'y trompe pas : je suis loin d'affirmer qu'il existe une corrélation nécessaire entre la forme d'un trouble moteur et la cause anatomique qui le produit, ni que le simple examen de la glotte, dans un cas de paralysie, suffise pour en révéler la provenance. Pas plus que les symptômes extérieurs, le laryngoscope, en ce cas, n'apporte une décision sans appel : c'est tout au plus s'il rend probable le diagnostic étiologique que ces symptômes montraient comme simplement possible ; mais la certitude absolue ne se trouve qu'à la table d'amphithéâtre. J'ai trop insisté tout à l'heure sur la nécessité de cette contre-enquête anatomo-pathologique, pour qu'il soit besoin d'y revenir. Qu'il me suffise d'en rappeler l'extrême difficulté : c'est elle, beaucoup plus encore que l'ambiguïté des phénomènes cliniques, qui fait les cas de cette espèce si difficiles à observer et rend à leur sujet la critique si exigeante.

Comprend-on maintenant pourquoi les observations de ce genre — j'entends les bonnes observations — se montrent en si petit nombre ? Est-il besoin, pour l'expliquer, d'invoquer la rareté des faits et d'admettre une loi d'exception pour cette forme de localisation cérébrale ? Ce qui manque le plus, je le répète encore, ce ne sont pas les cas eux-mêmes, mais les observateurs assez bien armés pour ne pas les laisser échapper et pour en tirer tout le parti qu'il faut ; ce sont les cliniciens assez heureux pour être initiés tout ensemble aux finesses du laryngoscope et aux difficultés de la neuro-pathologie, aux recherches délicates de l'histologie nerveuse et à la technique compliquée que réclame aujourd'hui la grosse anatomie pathologique des organes encéphaliques : ce cumul est indispensable pour assurer aux faits rencontrés la critique rigoureuse qui garantit leur authenticité documentaire.

Médecins conseillers généraux. — Aux noms de confrères élus conseillers généraux les 31 juillet et 7 août que nous avons déjà citer nous devons ajouter les suivants : M. le Dr Mazeron ; maire d'Auzanus (Creuse) ; M. le Dr Meslier (James) maire de Barbezieux (Charente).

Une nouvelle société scientifique bordelaise. — Nous apprenons qu'une nouvelle Société vient de se fonder à Bordeaux, sous le nom de Société d'ophtalmologie, d'otologie et de laryngologie. Elle se réunira une fois par mois à l'Athénée ; ses travaux seront publiés sous la forme de bulletins. (*Jour. de méd. de Bordeaux.*)

Enseignement municipal supérieur. — *Chaire d'anthropologie à l'Hotel de Ville.* — Le conseil municipal, dans sa séance du 22 juillet, vient de créer à l'Hôtel de Ville (Enseignement populaire supérieur), une chaire d'anthropologie. Le titulaire de la nouvelle chaire est notre excellent collaborateur et ami le Dr Verneuil.

Service de santé militaire. — Par décret en date 13 août 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve au grade de médecin aide-major de 2e classe. MM. les docteurs Cahen, Brel, Brianceau, Laurent, Chirsu, Mussy, Tolmer, Martin, Reville, Boudaille, Even, Deboste, Barbier, Jouve, Pacaud, Lefèvre, Marchais, Lasfargues, Pargoin, Kœhler, Lafon, Mariage, Tournant, Main et Pineau.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Tout à l'Égout et l'Assainissement de la Seine.

« Durand-Claye, l'ingénieur promoteur du Tout à l'Egout et à la Seine est mort. On ne peut donc pas demander qu'on le fusille. Mais franchement, aux jours sombres des révolutions, la colère populaire a lynché des hommes qui n'étaient que de petits criminels à côté de ceux qui ont fait à Paris une semblable honte. Allez donc voir cette pourriture, Parisiens ! » (Jean-sans-Terre, *Petit Journal* du 12 août).

Dans les articles que le *Progrès médical* a consacrés à l'*épidémie cholérique* de la région ouest et nord-ouest de la banlieue de Paris, il s'est appesanti sur l'influence probablement capitale exercée par l'alimentation en eau de Seine, polluée par le grand égout collecteur parisien et par son voisin, le collecteur départemental. D'où il suit déjà, ce qu'on oublie, que la Seine est infectée non seulement par Paris mais par toutes les communes de la banlieue qui déversent leurs eaux usées dans les rameaux qui viennent constituer ce dernier collecteur. Pour être complet, il est bon de rappeler que les communes de Seine-et-Oise, en amont d'Asnières : Meudon, Sèvres, Saint-Cloud, etc., et en aval d'Asnières : Argenteuil, Bezons, Houilles, Carrières-Saint-Denis, Croissy, Bougival, Le Pecq, Saint-Germain, Maisons, Herblay, Conflans-Sainte-Honorine, Andrésy, Poissy, Meulan, Mantes, etc., déversent, elles aussi, leurs eaux d'égout en Seine.

I. — Récemment quelques journaux, et en particulier le *Petit Journal*, ont *découvert* que la Seine était infectée. Or, cette infection existe depuis l'origine de la ville de Paris, puisque le vieil Hôtel-Dieu a jeté de tout temps dans le fleuve ses immondices de tous genres, sans compter les débris d'enfants nouveau-nés du puits des Limbes. Dès 1755, les propriétaires envoyaient à l'égout « non seulement les eaux ménagères, dit Parent-Duchâtelet, mais encore leurs fosses d'aisances. » Dans sa traversée de Paris, la Seine recevait, en outre, le produit des égouts plus ou moins chargés de matières fécales de Bicêtre, la Salpêtrière ; la Bièvre, de plus en plus infectée depuis Antony jusqu'à son débouché en Seine, les égouts de la place Maubert, de la rue Saint-Jacques, du Parvis, de la Monnaie, des Invalides, de l'Ecole militaire, etc., etc. Le « Tout à l'Egout » existe donc à Paris depuis des siècles.

Il est appliqué dans toutes les grandes villes d'Europe, Liège, Londres, Edimbourg, Anvers, Bruxelles, Berlin, Francfort, Genève, Turin, Rome, Pesth, Madrid, Lisbonne, etc., ainsi que dans beaucoup de villes françaises, soit en totalité, soit en partie : Nancy, Saint-Etienne, Grenoble, Blois, Alger, Aurillac, Auch, Avignon, Limoges, Moulins, Nantes, Nogaro, Pau, Saint-Léonard, etc., etc. Et c'est là une pratique qui date parfois de plusieurs siècles. En affirmant que Durand-Claye est le promoteur du Tout à l'Egout, le *Petit Journal* montre qu'il est fort peu au courant de la question.

Se fondant sur ce qui se fait à l'étranger, Durand-Claye, il est vrai, était un fervent partisan du Tout à l'Egout, mais il ne l'a pas inventé. C'est également la thèse que nous avons défendue, en nous appuyant sur l'opinion de tous les hygiénistes, de tous les Congrès internationaux d'hygiène, des professeurs d'hygiène des six Facultés de médecine de France (1). Il est probable que l'opinion des hygiénistes, c'est-à-dire des hommes compétents qui ont étudié avec soin les questions d'hygiène, est de médiocre, sinon de nulle valeur aux yeux du rédacteur du *Petit Journal*.

Avec eux, nous sommes contre les fosses plus ou moins étanches, contre les puisards qui infectent le sol et partant la nappe d'eau souterraine et les fleuves ; nous sommes contre la pratique de la vidange avec tous ses inconvénients, ses projections clandestines aux égouts ou en Seine et ses dépotoirs, sources d'infection de la banlieue et qui ont soulevé tant de protestations. Nous sommes partisan du Tout à l'Egout dans les conditions fixées par la science : siphons hydrauliques, tuyaux vernissés, tracés simples, regards de visite et d'aération, égouts vastes, aérés, ayant une pente suffisante rendant facile et rapide l'écoulement des eaux résiduaires, munies d'appareils de chasse, afin de prévenir les obstructions, pourvues d'eau en abondance. Dans ces conditions, le Tout à l'Egout débarrasse, en aussi peu de temps que possible, les villes des causes d'infection dues aux *fosses fixes*, aux *puisards*, aux *infiltrations du sol*, enlève promptement et porte au loin les matières usées, assainit la ville et, partant, diminue la morbidité et la mortalité. A cet égard, nul doute n'existe plus : l'application *scientifique* du Tout à l'Egout s'impose aux municipalités.

La *propreté de l'individu*, la *propreté de l'habitation* et, en première ligne, la *propreté des cabinets d'aisance*, qui « doivent être l'endroit le plus propre de la maison, » la *propreté des égouts*, qui doivent être encore mieux tenus et mieux lavés que les rues, telle est la réforme capitale à poursuivre. Et elle ne peut être réalisée qu'à la condition de pourvoir toutes les habitations d'une abondante provision d'eau.

II. — C'est en s'appuyant sur ces principes que Mille, Belgrand, Alphand, Durand-Claye, pour ne citer que les morts, et le Conseil municipal ont procédé à l'*assainissement de Paris*. Pour donner une idée de cette œuvre grandiose, il nous suffira de citer quelques chiffres. En 1824, d'après Parent-Duchâtelet, la longueur totale des égouts couverts, à Paris, était de 35,845 mètres ; en 1840, de 50 kilomètres ; en 1850, de 136 kilomètres ; au 31 décembre 1870, de 535 kilomètres ; à la fin de 1886, de près de 834 kilomètres ; enfin, au 31 décembre 1891, de 902 kilomètres, avec 1,376 réservoirs de chasse. La construction de ces égouts a permis de supprimer la plupart des projections en Seine, sinon toutes, et, grâce à ces mesures, *la Seine dans Paris a été considérablement assainie* ; elle le serait davantage si, en amont de Paris, il n'y

(1) Voir Bourneville. *Rapport sur le Projet de loi ayant pour objet l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris et l'assainissement de la Seine*. Réimpression, 1888. Annexe XII, p. 155.

avait déjà, surtout depuis Corbeil, c'est-à-dire *en Seine-et-Oise*, des causes nombreuses de pollution.

Parallèlement, la ville de Paris a accru considérablement son *approvisionnement d'eau*. Après l'adduction des eaux de la Dhuis et de la Vanne, l'augmentation de l'eau de Marne, la construction des magnifiques réservoirs de Montsouris et de Ménilmontant, l'augmentation de l'eau de Seine, la construction du réservoir de Villejuif et de plusieurs machines élévatoires, le Conseil municipal a voté l'adduction des eaux de source de l'Avre, et les travaux poussés avec la plus grande activité seront terminés, assure-t-on, dans le courant de 1893. Dès maintenant, il est distribué chaque jour dans Paris 470.000 m. c. d'eau de Seine et 120.000 m. c. d'eau de source (176 et 50 litres par habitant).

Des égouts construits avec soin, une abondante provision d'eau permettent donc l'application, sans inconvénient, du Tout à l'Égout. Nous avons dit qu'il existait partiellement depuis des siècles. La part qui revient à Durand-Claye dans l'extension du Tout à l'Égout, dont on lui fait un crime, est relativement peu considérable. Depuis sa mort, si regrettable pour le bien public, le Tout à l'Égout a continué à être mis en pratique avec une grande prudence et dans une proportion bien moins forte qu'on ne le suppose.

« Jusqu'ici, disait récemment M. Poubelle, préfet de la Seine, dans le remarquable discours qu'il prononçait à la première séance de la Commission d'assainissement, 2,951 propriétaires seulement ont établi le Tout à l'Égout dans leurs immeubles. Les modes de vidanges usités à Paris au 31 décembre 1891 se subdivisent ainsi qu'il suit : 61,080 fosses fixes ; 34,679 appareils filtrants ; 16,870 fosses mobiles ; 7,398 chutes directes dans 2,951 maisons et 413 appareils divers (1). »

Les tinettes-filtrantes, qui n'ont pas été introduites par Durand-Claye, et les chutes directes réunies sont aujourd'hui au nombre de 41,077. En septembre 1886, on comptait 32,353 tinettes-filtrantes et 316 chutes directes, soit en tout 38,699. Si l'on compare ces deux chiffres, on voit que, *en six ans*, l'augmentation des tinettes-filtrantes et des chutes directes n'a été que de 2,378, c'est-à-dire moins de 400 par an.

C'est donc à tort que notre ami Paul Strauss parle, dans ses articles du *Paris* (26 août) et du *XIXe Siècle* (9 août), de « pratique inconsidérée du Tout à l'Egout, » « d'application prématurée du tout à l'égout », « d'œuvre incomplète et malfaisante. » Les chiffres qui précèdent prouvent, au contraire, que le Conseil municipal et l'Administration par ses ingénieurs, ont, nous le répétons, procédé avec la plus grande prudence.

Quant aux Parisiens, ils n'ont donc pas à se plaindre des mesures prises pour l'*assainissement* de leur ville, et leurs mandataires peuvent répondre aisément, les chiffres en main, à ceux qui, obéissant aux suggestions malfaisantes du *Petit Journal*, voudraient formuler contre eux des reproches immérités. Que les conseillers municipaux invitent l'Administration à multiplier les visites publiques aux réservoirs de Ménilmontant, de Montsouris et de Villejuif et aux égouts, et ils feront ainsi la meilleur propagande en leur faveur et en faveur de l'hygiène publique.

(1) Voir le *Progrès médical* du 13 août, n° 33, p. 123.

Dans un second article, nous examinerons ce qui a été fait par le Conseil municipal pour l'*assainissement de la Seine* et nous démontrerons que, loin d'avoir été le promoteur du *Tout à la Seine*, Durand-Claye a été le défenseur le plus ardent et le plus convaincu de cette grande réforme. BOURNEVILLE.

A propos des manœuvres récentes du service de santé militaire.

Il y a déjà quelque temps, des manœuvres sanitaires d'une certaine importance ont eu lieu dans les environs de Bordeaux.

Dans chacun de nos derniers numéros nous en avons fait connaître les détails. Nous n'y reviendrons pas. Il nous suffira aujourd'hui de compléter sur quelques points les renseignements d'ordre général que nous avons donnés jusqu'ici, au jour le jour.

Le règlement qu'on a appliqué dans ces expériences, dont l'intérêt saute aux yeux à un moment où il faut être prêt à tout, est celui du 25 août 1884. Or, malgré la perfection de ce dernier, on va cependant le remplacer par un nouveau, plus étudié encore, mais ayant pour base les mêmes principes. Ce règlement fixera complètement le rôle de la partie médicale de chaque corps d'armée.

Il ne saurait être sans intérêt de rappeler ici qu'elle serait, en temps de guerre, la constitution exacte d'une ambulance de quartier général de corps d'armée, puisque nous sommes tous ou presque tous susceptibles d'être mobilisés du jour au lendemain. La voici : 1 médecin en chef ; 7 médecins ; 1 pharmacien ; 3 officiers d'administration ; 3 aumôniers dont un de chaque culte ; 2 officiers du train des équipages ; 128 infirmiers ; 98 hommes du train ; 70 chevaux ; 22 mulets porteurs de litières ou de cacolets ; 14 voitures pour le transport des blessés ; 13 voitures contenant un matériel considérable ; 148 brancards et les ressources nécessaires pour 10,830 pansements. Avec les trois ambulances divisionnaires, un corps d'armée ordinaire dispose du chiffre de 27,180 pansements. On sait, en outre, que les hommes portent tous sur eux, dans une enveloppe phéniquée, de l'ouate et une bande de mousseline également phéniquées.

Telle est la première ligne sanitaire chargée de récolter le blessé sur le champ de bataille.

En seconde ligne se trouveront les *hôpitaux de campagne*, dont le nombre variera avec l'importance de chaque corps d'armée. Chacun d'eux aura comme personnel 1 médecin en chef, 3 médecins, 2 pharmaciens, 2 officiers d'administration, 36 infirmiers et 8 soldats du train. Le matériel de chaque hôpital sera de 4 fourgons et disposera de 1,662 pansements. Pour un corps d'armée de 40,000 hommes, il y aura plus d'un pansement par homme.

Nous ne savons pas trop comment seront recrutés les médecins de ces divers services au point de vue de leurs aptitudes spéciales. Peut-être même cette question a-t-elle été déjà résolue au Ministère de la Guerre dans le sens que nous allons indiquer ; mais il nous semble qu'il serait bon, dans l'installation de la première et de la seconde lignes sanitaires, de tenir

compte, dans la mesure du possible bien entendu, des connaissances acquises antérieurement par nos confrères militaires. Il est évident, en effet, que pour le service de la première ligne il faut surtout des hommes valides, jeunes encore, et surtout des *chirurgiens*, ou tout au moins des élèves chirurgiens, ou encore des médecins, ayant des notions *sérieuses* de chirurgie d'armée.

Pour les hôpitaux de campagne, la présence d'un *médecin* au moins paraît nécessaire ; les autres chefs de service ou aides devraient être surtout des *chirurgiens.*

Ce service de première et de seconde lignes semble, au premier abord, celui qu'on devrait expérimenter dans des manœuvres sanitaires analogues à celles qu'on a répété sur divers points, depuis quelques semaines. Or, en réalité, dans les environs de Bordeaux, on n'a guère expérimenté que les services de l'arrière sur lesquels nous allons revenir. C'est qu'il faut avouer que, dans les combats fictifs, les soins simulés vis-à-vis des faux blessés ne donnent pas la moindre idée de ceux que devront recevoir les soldats aux membres broyés par les balles des fusils modernes; que, au premier combat, malgré toutes sortes d'expériences, nos confrères, non encore aguerris, seront toujours pris un peu au dépourvu par la multitude et l'importance des blessures. Mais qu'y faire ? C'est là un aléa inévitable et ce que tout au moins on devrait rechercher, ce nous semble, dans des manœuvres de ce genre, ce serait surtout d'apprendre son métier au personnel subalterne, qui ne saurait avoir le sang-froid, l'esprit de décision et d'initiative d'hommes d'une aussi grande instruction et d'une aussi réelle éducation virile et morale que nos médecins militaires, d'hommes qui seront toujours à la hauteur de leur tâche.

Comme nous le disions à l'instant, c'est le *service de l'arrière* que l'on a principalement expérimenté dans les dernières manœuvres de Bordeaux. On doit reconnaître qu'ici la tâche est bien plus facile, puisque tout ou à peu près peut être prévu d'avance. Ce n'est donc guère qu'une affaire d'organisation. Il est vrai que les bons organisateurs sont une espèce d'hommes plus rare qu'on ne le pense, même dans un milieu d'une culture intellectuelle comparable à celle des officiers de notre armée. Ce qui explique la nécessité d'essais semblables.

Le service de l'arrière, on le sait, n'est destiné qu'à assurer l'évacuation des services de première et de seconde ligne. Là, on examine si le blessé qui arrive est facilement guérissable ou si sa guérison sera longue. Dans le premier cas, on l'installe dans un hôpital de campagne, temporairement immobilisé et qui s'empare des hôpitaux ou hospices permanents des territoires occupés. Dans le second cas, on l'évacue. Notre système d'évacuation est excessivement simple : les blessés sont étendus sur des lits-brancards placés dans des wagons, visités par des médecins le long de la route, et soignés par des infirmiers.

En ce qui concerne les hôpitaux de campagne immobilisés, c'est une autre affaire. Ici le médecin-soldat pourrait presque disparaître. Il n'y a plus besoin que d'un praticien, astreint à certaines formalités nécessaires ; on n'a plus devant soi qu'un blessé quelconque. Ce sont des services que tous les médecins civils pourraient assurer avec toute la compétence désirable.

Tout cela est très beau sur le papier ; mais, pour que tout cela fonctionne avec régularité, quand il s'agira de soigner une armée aussi formidable que la nôtre, lorsqu'elle sera mobilisée, *il faut des médecins en quantité suffisante.* Or, c'est précisément là où gît la difficulté, et, de l'avis de beaucoup de nos confrères militaires des plus compétents, jamais le sol français ne pourra fournir un nombre de médecins suffisant. C'est là une simple réflexion qui mérite bien quelques instants d'attention. Nous ne voulons pas y insister davantage aujourd'hui, nous bornant à la signaler après d'autres. Il faudra pourtant qu'on y songe et cela avant peu. En attendant, il serait au moins prudent d'utiliser, dès le début de leurs études, les étudiants en médecine et de ne pas leur faire perdre leur temps à porter le fusil. On finira peut-être par comprendre la portée et la valeur de cette réforme à la Chambre des Députés et au Ministère de la Guerre. Qu'on n'oublie pas, en tous cas, que toute la presse médicale est de notre avis, et que son opinion, à ce qu'il nous semble, a bien quelque importance en l'espèce. **M. B.**

Le Choléra en Allemagne et en France.

Le choléra règne à Hambourg depuis plusieurs jours, et cela d'une façon très sérieuse. La nouvelle est grave et mérite considération.

Nous avions d'ailleurs mentionné, dans notre dernier numéro (1), les cas qui avaient été signalés aux journaux. Mais, depuis, nous avons appris en outre un autre fait plus étonnant : le choléra existait à Hambourg depuis longtemps, sans qu'on l'ait dit ou laissé dire et, qui plus est, sans que les autorités municipales aient pris des mesures sérieuses de défense, des précautions suffisantes contre les importations venant de la mer Baltique et du nord de la Russie. Il est regrettable que dans la patrie du Pr Koch de pareils faits se passent encore et nous préférons croire qu'il y a dans cette dernière nouvelle qu'une certaine exagération. Sans cela, l'Allemagne aurait en cette occasion une certaine responsabilité.....

L'épidémie a gagné la Hollande, la Belgique, etc., et a même atteint la France. Le Havre est pris et déjà depuis un certain temps. En face du danger qui se rapproche, il nous faut rester calme ; mais aucune mesure ne doit être négligée ni différée. Il faut mettre tout en œuvre pour que cette fois-ci nous puissions échapper au fléau, comme nous l'avons fait lors de la dernière épidémie d'Espagne. Puissions-nous être aussi heureux au Nord qu'au Midi !

On trouvera plus loin des détails circonstanciés sur la marche de l'épidémie et les circonstances qui ont accompagné son apparition à Hambourg et surtout au Havre. M. B.

(1) Voir page 159.

Congrès international de Physiologie.

2e Session : Liège (29-31 août 1892).

Le 2e Congrès international de Physiologie a eu lieu cette semaine à Liège, suivant la décision du Congrès de Bâle en 1889.

Nos lecteurs ont encore présents à la mémoire les incidents de cette première session. Nous n'avons pas à y revenir ; mais on nous permettra bien de constater que cette fois les Allemands étaient en petit nombre et que les Italiens ont *brillé par leur absence... totale.* Nous ne croyons pas devoir appuyer davantage, de crainte de nous attirer encore quelques réclamations. Mais il y a des choses dont l'évidence doit frapper tout esprit non prévenu. Parmi les Français qui se sont rendus à Liège citons MM. Lastre, Arloing, Chauveau, etc. Ce Congrès, comme le premier, a réuni des savants qui n'avaient qu'un but : s'instruire par l'expérience les uns les autres, sans bruit ni fracas officiel. Les organisateurs, pour cela, méritent les plus grands éloges.

Nous publierons, dans un de nos prochains numéros, une lettre que notre correspondant de Liège nous a adressée à ce propos. M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 août 1892. — Présidence de M. A. Larrey.

Les maladies de la 1re dentition.

M. Magitot. — Je viens défendre encore l'opinion que j'ai émise précédemment et qui a été attaquée par MM. Pamard, Peter, Constantin Paul, Hardy, etc. ; je prétendais qu'il fallait rayer du cadre nosologique les maladies dites de dentition, bien que leur existence fût admise depuis Hippocrate. Un acte purement physiologique, comme celui de la première dentition, ne peut être considéré comme un acte pathologique. Jamais on n'a pu constater sur la gencive un traumatisme quelconque, et rien n'autorise à inciser une gencive en voie de dentition. Nous trouvons chez les jeunes animaux domestiques des accidents du même ordre que ces troubles attribués chez l'homme à la dentition sans que chez eux cette cause puisse être incriminée. Je ne vois donc aucune raison d'attribuer à la dentition des accidents qui représentent en réalité des accidents pathologiques souvent graves.

M. Charpentier. — Il faut distinguer l'évolution dentaire, acte physiologique, de l'éruption dentaire qui peut donner lieu à des accidents. J'admets qu'il n'y ait pas de maladies de la dentition, mais il existe des accidents consécutifs à la dentition — tuméfaction de la gencive, élévation de la température, — que l'incision fait disparaître.

M. Magitot. — L'évolution dentaire est un acte physiologique unique qui commence vers le 6e mois et se termine à la fin de la troisième année. Il ne présente qu'une seule phase et ne s'accompagne d'aucun traumatisme. Pas plus que les autres actes physiologiques, tels que la descente des testicules et la croissance des cheveux, il ne peut donner lieu à des accidents pathologiques : il est plus rationnel d'incriminer les différences individuelles et les conditions hygiéniques.

M. Charpentier. — Il est des cas où la descente des testicules s'accompagne d'accidents graves.

M. Le Roy de Méricourt. — Sans vouloir attribuer à la dentition tous les accidents qu'on lui a reprochés, je ne la crois pas exempte de complications qu'on a eu le tort de vouloir attribuer à l'hystérie.

La Lèpre en Bretagne.

MM. Prouff et Baret (de Morlaix). — Dans la dernière séance de l'Académie, M. Zambaco a émis sur la lèpre de Bretagne une opinion à laquelle nous croyons devoir apporter quelques réserves. Pour lui, on doit rattacher à la lèpre les deux types de maladie qu'il a constatés : la lèpre classique et la maladie de Morvan. Pour accepter cette hypothèse, il faudrait d'abord constater dans la maladie de Morvan l'hypertrophie nodulaire des troncs nerveux et en particulier du nerf cubital et découvrir en outre le bacille de la lèpre dans ces nodosités.

Or, personne, pas même M. Zambaco, n'a trouvé ces nodosités. Nous avons nous-mêmes constaté des hypertrophies totales, mais nous n'avons jamais trouvé ces nodosités que sur trois cas de lèpre. A-t-on jamais noté dans la lèpre les lésions de la syringomyélie qu'ont révélées toutes les autopsies de la maladie de Morvan, sauf la première ? Nous avons montré à M. Zambaco deux cas de lèpre classique, indigène — ce sont peut-être bien les seuls qu'il ait vus en Bretagne. — Il s'agissait de deux parents, l'oncle et le neveu, celui-ci n'avait jamais quitté son pays que pour faire une année de service militaire à Brest en 1883. Il fut le premier atteint d'une lèpre évidemment autochtone qu'il communiqua à son oncle. Or, jamais on n'a observé de cas de contagion dans la maladie de Morvan pas même noté son existence dans les membres d'une même famille, ni dans les habitants d'une même maison.

Du régime alimentaire dans les néphrites chroniques.

M. Dujardin-Beaumetz. — A propos de la récente communication de M. Germain Sée, je désire vous entretenir aujourd'hui du régime alimentaire dans les néphrites chroniques, laissant de côté les néphrites aiguës et les poussées congestives du rein. J'ai déjà dit que dans la néphrite chronique la quantité d'albumine n'a qu'une valeur pronostique secondaire.

Le traitement et le régime alimentaire devront être basés seulement sur l'état de perméabilité du rein et sur la quantité des toxines retenues dans l'organisme.

Le traitement présente deux indications : faciliter d'une part l'élimination des toxines, et réduire d'autre part au minimum leur production. Pour éliminer les toxines on devra employer surtout les purgatifs et en seconde ligne les diurétiques et les sudorifiques. La production des toxines sera diminuée par l'antisepsie intestinale et par le régime alimentaire. Le benzo-naphtol, qui ne contient ni acide phénique, ni acide salicylique, est préférable au salol pour obtenir l'antisepsie intestinale. Pour réduire la formation des toxines, il faudra s'adresser au régime végétarien et écarter de l'alimentation toutes les viandes, en général, le gibier, les poissons, les mollusques, les crustacés et les fromages avancés.

On devra interdire rigoureusement l'alcool qui irrite le parenchyme rénal et peut produire des accidents cérébraux.

De l'avis de tous, le lait devra constituer la base de l'alimentation, on y adjoindra les œufs, les féculents, les légumes et les fruits. L'usage des œufs est fort discuté, on a prétendu que l'albumine de l'œuf passe dans les urines. Je ne puis partager cette opinion ; l'albumine de l'œuf ne ressemble en rien à la sérine de l'urine, théoriquement il semble inadmissible que l'albumine cuite, puis peptonisée, passe à l'état d'albumine dans les urines et expérimentalement on n'a jamais constaté que l'usage des œufs ait augmenté la quantité d'albumine.

Le régime des féculents s'est enrichi dernièrement de nouveaux produits : le soja, la fromentine, la légumine, l'embryonine, etc... Quelle valeur faut-il attribuer à ces substances ? On ne peut le dire encore. On est en droit de se demander si la peptonisation des principes azotés de ces farines n'est pas entravée par les manipulations qu'on leur fait subir. D'après les travaux de M. Hervé Mangon, le riz serait trois fois et demi plus nutritif que la pomme de

terre. Je le conseille donc vivement. Je permets tous les légumes verts sauf les choux. J'autorise de même tous les fruits, surtout s'ils sont cuits. J'ai insisté sur le danger des viandes, cependant il me semble permis d'employer les viandes gélatineuses : tête de veau, pieds de mouton, veau en gelée et les viandes très cuites. Naturellement, le médecin aura toute latitude pour régler la sévérité du régime. Un malade, en imminence de crise urémique, sera astreint au régime lacté absolu ; à mesure que son état s'améliorera on pourra permettre le régime végétarien, puis les viandes gélatineuses et les viandes très cuites. Je signale en terminant l'efficacité merveilleuse de ce régime dans d'autres affections : l'artério-sclérose, la sclérose du cœur, les troubles de la digestion stomacale et intestinale.

M. Leroy de Méricourt. — Le poisson ne me paraît pas si toxique qu'on le prétend, les populations de Terre-Neuve s'en nourrissent presque exclusivement. Quant au riz sa puissance nutritive ne me semble pas aussi considérable que le prétend M. Dujardin-Beaumetz. Les Japonais et les Indiens ne s'en nourrissent pas exclusivement.

M. Dujardin Beaumetz. — J'accepte l'opinion de M. Le Roy de Méricourt en ce qui concerne le poisson frais consommé sur le littoral, mais celui qu'on mange à Paris contient certainement de nombreuses toxines.

Du régime et du traitement des albuminuriques.

M. Germain Sée. — On peut distinguer 5 espèces d'albuminurie, l'albuminurie fonctionnelle, cardiaque, organique, hématogène et toxique.

L'albuminurie fonctionnelle ou physiologique se produit sans la moindre altération du rein, à certaines heures du jour, après l'ingestion de certains aliments. L'albuminurie cardiaque reconnaît pour cause un trouble quelconque de la circulation (lésions mitrales, dilatation du cœur, dégénérescences du myocarde). Elle n'implique l'existence d'aucune lésion rénale et n'aboutit jamais à la néphrite chronique, ni à l'urémie.

L'albuminurie organique accompagne une néphrite parenchymateuse aiguë ou chronique, une néphrite interstitielle ou une néphrite mixte.

La néphrite parenchymateuse présente les 3 grands symptômes suivants : 1° albuminurie dépassant 2 grammes par litre ; 2° la diminution de l'urée avec ou sans diminution du taux des urines ; 3° l'hydropisie.

La néphrite interstitielle présente les caractères suivants: Albuminurie faible, ou intermittente, pouvant même manquer, d'après Dieulafoy, polyurie, hypertrophie du cœur, etc...

L'albuminurie hématogène serait liée à une dyscrasie du sang dont l'albumine serait plus diffusible et moins assimilable. Cette dyscrasie Semmola l'attribue à des troubles fonctionnels de la peau.

L'albuminurie toxique peut être d'origine toxique, bactérique, toxinique ou ptomaïnurotoxique. Le mercure, le plomb, les cantharides, etc., sont au nombre des agents toxiques capables de produire cette albuminurie. Les albuminuries bactériques et toxiniques sont très discutées. Les albuminuries de la goutte et du diabète en rapport le plus souvent avec des néphrites spéciales rentrent dans la catégorie des albuminuries ptomaïnurotoxiques. La lenteur de la fonction rénale chez les néphrétiques apporte au traitement des indications spéciales. 60 à 70 grammes d'albumine suffisent à la nourriture journalière de ces malades.

M. G. Sée continuera la lecture de son travail dans la prochaine séance.

M. Chauvel lit un rapport à l'occasion d'un travail de M. le Dr Moty sur une observation d'ostéosarcome aréolaire du fémur, d'origine traumatique, traité par la désarticulation de la hanche.

La séance est levée. J. Dauriac.

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ PUBLIQUE DE LA SEINE.

Séance du 19 août 1892.

M. le Dr Ollivier a fait un rapport sur *un Cas de rage humaine* survenu, à Paris, le 11 mars 1892. La rage s'est déclarée, après le traitement fait à l'Institut Pasteur. Ce cas, au point de vue clinique, ne présente rien de particulier à signaler, mais il montre combien il était urgent de prendre les mesures qui ont été adoptées par M. le Préfet de police et combien il est nécessaire d'en continuer la *stricte* application, quoi que les journaux quotidiens puissent dire.

CORRESPONDANCE

Le Choléra à Hambourg.

Hambourg, le 29 août 1892.

Monsieur,

Je viens de lire dans le n° 35 du *Progrès médical* sur le choléra à Hambourg : « Aucune communication officielle ne donne le nombre de cas de choléra. » Ce n'est pas juste. Voilà le nombre des cas et des décès qui ont été publiés par le bureau médical (*Medizinalbureau*):

	Cas.	Décès.
18 Août.	13	2
19 Août.	16	6
20 Août.	24	14
21 Août.	31	15
22 Août.	86	20
23 Août.	125	64
18-23 Août (cas annoncés plus tard).	162	—
24 Août.	188	32
25 Août.	295	130
26 Août.	416	150
27 Août.	433	145
28 Août (jusqu'à midi).	148	72
Total. .	1937	650

Depuis le 28 août la maladie a commencé à diminuer.

Veuillez bien agréer, Monsieur, l'assurance de ma plus haute considération. (*Dr. med. et phil.*)

L. Koselmann.

BIBLIOGRAPHIE

Apparecchio d'intubazione laringea per bambini ed adulti (*Appareil d'intubation laryngée pour enfants et adultes*) ; par le Dr Egidi. (Extrait du *Bulletin des maladies de l'oreille, de la gorge et du nez*. — Florence, 1892).

L'auteur a modifié l'appareil d'O'Dwyer et a pratiqué soixante fois l'intubation du larynx dans le croup. C'est une statistique personnelle importante. Sur ces 60 cas, 4 ont trait à des enfants de moins d'un an, 28 à des enfants de 1 à 3 ans, 24 à des enfants de 3 à 6 ans. Si l'on déduit deux décès survenus au moment de l'opération, on trouve 11 guérisons pour 47 morts, soit 19 succès pour 100. L'auteur dit que l'opération a été généralement facile, que le tube a été expulsé quelquefois, que l'alimentation a pu se faire. Mais en somme les résultats ne sont pas meilleurs que ceux de la trachéotomie ; ils sont même moins favorables.

Nouvelles études concernant les bacilles tuberculeux ; par Middendorp. — Paris, Baillière, 1891.

L'auteur, professeur à Gronnigue, admet la contagiosité de la tuberculose, telle que l'a établie Villemin ; mais il se refuse à admettre la spécificité du bacille de Koch. Pour lui, le tubercule cru ne renferme pas de bacilles, et quand il se ramollit c'est qu'il est pénétré par les bacilles émigrés du mucus buccal. Il s'ensuit que le liquide préparé avec ces bacilles, la tuberculine, ne peut avoir aucune propriété curative et doi être interdit comme dangereux.

VARIA

Le Choléra.

On trouvera ci-dessous des renseignements très détaillés sur les progrès de l'épidémie cholérique dans l'ouest de l'Europe. Nous avons cru intéressant de rassembler de la sorte tous les documents que nous avons pu nous procurer, à un moment où la France vient d'être envahie, grâce peut-être — car il faut se garder d'affirmer quoi que ce soit en l'espèce — à la négligence de ceux qui, il y a quelques semaines, nous accusaient de cacher l'existence du choléra aux environs de Paris. Si le lecteur veut bien se reporter aux précédents articles que nous avons consacrés à l'épidémie, il mettra vite le doigt sur le point délicat que nous ne voulons pas aborder aujourd'hui.

§ I. — Le Choléra en Europe.

A. — Le Choléra en Allemagne.

1° Le Choléra a Hambourg.

Marche de l'Epidémie.

Le choléra existe à Hambourg depuis déjà la mi-août. Il paraît exact que les autorités ont caché les décès aussi longtemps qu'elles ont pu (1). L'épidémie sévit aussi à Altona (2), le faubourg du grand port allemand.

L'épidémie progresse toujours à Hambourg. Jusqu'à ces jours derniers, sur les 6,500 membres de la Société locale de secours des ouvriers du commerce, il y a eu 15 décès, tandis que dix-huit autres sociétés locales, comptant 15,500 membres en tout, n'ont eu que deux décès. D'après des renseignements officiels, 219 personnes ont été atteintes, à Hambourg, du 18 au 23 août, et, sur ce nombre, 75 sont mortes. Il y a eu 13 cas de cette maladie et 2 décès le 18 août : 16 cas et 6 décès le 19 ; 24 cas et 14 décès le 20 ; 31 cas et 15 décès le 21 ; 86 cas et 20 décès le 22. On a relevé, le 23 août, à partir de midi, 76 cas de choléra, dont 46 décès, ce qui fait un total de 125 cas et de 64 décès. Le 24, il y a eu en tout 82 cas et 31 décès.

Voici la dernière statistique du choléra à Hambourg : 26 août : 416 malades, 150 décès ; 27 août jusqu'à midi : 128 cas, 55 décès.

Le *Reichsanzeiger* (Moniteur officiel de l'empire) publie les renseignements officiels suivants sur l'épidémie cholériforme, (ils émanent de l'office sanitaire) : « Jusqu'au 26 août on a constaté à Hambourg 1,028 cas, 358 décès. »

A Altona, du 23 au 26 août, 61 cas, 22 décès. Le 26, il y a eu en outre 2 cas à Pinneberg ; 4, dont un suivi de mort, à Wandsbeck ; un cas à Altenwerder. Le 27, il est mort à Wittemberg un voyageur qui avait été atteint pendant le voyage.

L'épidémie semble se propager des quartiers du port vers l'intérieur de la ville et la campagne. Mais actuellement, dans le quartier du port, la diminution d'intensité du fléau est sensible.

Dans la ville, malgré l'abaissement de la température, les décès ne diminuent pas. Ils augmentent plutôt dans la banlieue.

On a relevé parmi les troupes plusieurs cas de choléra et plusieurs décès. Toutefois, leur état sanitaire est en général excellent. Elles ne prendront plus part aux manœuvres.

Les conditions hygiéniques à Hambourg.

Hambourg n'est approvisionné que par l'*eau de l'Elbe* et il est impossible aux classes indigentes de faire bouillir ou de filtrer cette eau. Les basses classes se trouvent donc forcément dans des conditions sanitaires déplorables. Il ne faut pas s'étonner de l'indifférence de la population, qui, malgré les ordres réitérés de la police, continue à négliger les plus élémentaires précautions. On verrait sans doute pareille chose ailleurs.

(1) On sait maintenant que le choléra sévit à Hambourg depuis quinze jours ; *non seulement les autorités ont caché la situation*, mais en plus elles *n'ont pris aucune précaution pour enrayer le fléau*. Aussi le gouvernement de l'empire a-t-il exprimé au Sénat de Hambourg sa désapprobation à cause de la manière dont on s'est appliqué longtemps à cacher le choléra, ainsi qu'au sujet de l'insuffisance des mesures sanitaires. A la suite de ces incidents, on prepare un *projet de loi sanitaire* visant tout l'empire.

(2) C'est le Dr Weisse (d'Altona), ancien assistant du Dr Koch, qui a le premier constaté la présence du bacille du cholera asiatique chez les cholériques d'Altona. Il soumit ses préparations au Dr Koch qui lui télégraphia laconiquement : « Vos trois préparations contiennent le véritable bacille du choléra indien. »

Les conditions morales de la ville.

Au début la ville a gardé son aspect ordinaire : la circulation dans les rues était la même. Les cas de maladie ne s'étaient d'ailleurs produits que parmi les classes nécessiteuses, notamment les ouvriers du port. On attribuait exclusivement les rapides progrès de l'épidémie à Hambourg à la mauvaise qualité de l'eau distribuée aux habitants de ce port.

La Bourse n'est pas fermée ; mais peu de personnes la fréquentent. Les établissements de bains de l'Elbe ont été fermés.

Pourtant, ces jours-ci, dans le monde de la bourgeoisie aisée, l'exode a commencé : des centaines de personnes quittent Hambourg chaque jour.

Les bals sont interdits ; mais, l'aspect et le mouvement des rues n'est pas changé ; le moral de la population est très affecté. Beaucoup de maisons de commerce ont déjà essuyé des pertes considérables. Les hôpitaux sont bondés, et les médecins sont surchargés de besogne. Les écoles ne sont pas fermées, mais elles sont désertes. Les théâtres et les concerts sont vides.

Le manque de médecins se fait sentir. Plusieurs des infirmiers ou infirmières proposés à la garde des cholériques ont succombé.

Les nombreux décès qui se sont produits parmi les infirmiers rendent leur recrutement difficile. Les dépôts mortuaires sont pleins ; il est difficile de trouver des voitures et du personnel pour le transport des cadavres des cholériques. Les réjouissances publiques sont interdites ; les relations téléphoniques entre les Bourses de Hambourg et de Berlin suspendues.

Des services religieux ont été célébrés, dans toutes les églises, pour demander la fin de l'épidémie. On se sert pour le transport des corps de grandes voitures de déménagement et de blanchisseurs. De tous côtés, des comités de secours s'organisent. Ils font appel au concours de leurs concitoyens.

Mesures prises.

M. le Dr Koch, qui était allé à Hambourg pour étudier sur place l'épidémie, est reparti pour Berlin. Il a, de concert avec les commissaires sanitaires, arrêté une série de mesures complémentaires pour empêcher la propagation du choléra. De l'avis de M. Koch, *l'épidémie a été importée de Russie* et *non pas de France.*

On construit des baraquements. Un avis de la police invite les habitants de Hambourg à s'abstenir de boire de l'eau de l'Elbe non bouillie. Les garçons des bains, assistés par des sergents de ville, forment des détachements chargés de visiter, rue par rue, toutes les maisons et d'enlever rigoureusement les immondices qui peuvent s'y trouver. L'autorité a aussi formé quarante détachements qui doivent, lorsqu'un cas de choléra est signalé, désinfecter immédiatement la maison où il s'est produit. On a augmenté considérablement les moyens de transport pour les malades et les morts. Les désinfectants, l'eau-de-vie et les médicaments sont distribués gratuitement en beaucoup d'endroits. Les détachements du 85e régiment d'infanterie, qui étaient logés dans les faubourgs, ont reçu l'ordre de se mettre en route. Ils resteront plusieurs jours dans le camp de Lockstædt. Le corps de la bourgeoisie doit examiner une proposition du Sénat relative à un vote de crédits destinés aux frais des mesures extraordinaires à prendre contre le choléra On organise un service d'informations pour faire publier chaque jour par l'office sanitaire la liste des cas de maladie et des décès. Une commission composée des représentants de tous les gouvernements confédérés s'est réunie pour étudier les mesures qui doivent être prises pour preserver le reste de l'empire du danger qui le menace. D'après M. le Dr Ratks, venu lui aussi à Hambourg, l'épidémie semble devoir rester stationnaire quelque temps encore, peut-être même augmentera-t-elle un peu ; mais, en raison des précautions prises, cette période croissante ne pourrait être que de courte durée.

2° Le Choléra a Berlin.

On signale des cas de choléra à Berlin. Il y a quelques jours ils étaient suspects ; mais ces jours derniers, la présidence de police à Berlin a fait connaître par une affiche apposée sur les colonnes réservées à la publicité qu'il a été établi scientifiquement que la maladie constatée chez une femme arrivée de Hambourg est bien le choléra asiatique. L'affiche reproduit, en outre, les instructions sur les précautions à prendre contre le choléra. On prend des mesures énergiques contre les arrivages de Hambourg.

Mesures prises.

Le service des sleepings-cars est suspendu jusqu'à nouvel ordre entre Berlin et Hambourg. La grande gare de Lehrte, à Berlin, où débarquent les voyageurs venant de Hambourg et d'Altona, est

occupée par des officiers et des agents de police chargés de conduire les voyageurs dans une pièce isolée où ils sont soumis à un examen médical minutieux. Tous les bagages arrivant de Hambourg et d'Altona à Berlin par le chemin de fer sont soumis à une désinfection rigoureuse. Aux écluses de la Havel et de la Sprée, à Brandebourg et à Charlottenbourg, des médecins se rendent compte de l'état sanitaire de l'équipage des vapeurs arrivant de Hambourg. La *Gazette de Voss* dit que pour éviter une panique irréfléchie, des avis officiels, constatant les progrès de la maladie, seront affichés à Berlin. Il est question d'organiser un service de porteurs de malades; on prendrait des volontaires dans les rangs des ambulanciers. La délégation sanitaire municipale, à laquelle s'étaient joints les directeurs des hôpitaux, a discuté les mesures à prendre contre le choléra. La délégation a décidé tout d'abord d'affecter 600 lits de l'hôpital de Moabit aux malades atteints d'affection cholériforme; puis, s'il en est besoin, on aura recours aux autres hôpitaux. On veillera, d'autre part, à assurer plus de propreté encore dans les rues par un enlèvement plus rapide des ordures, des arrosages fréquents et l'emploi de désinfectants. Le service d'hygiène poursuit activement son œuvre d'assainissement; les conduites d'eau sont nettoyées chaque jour avec soin; les stations de voitures sont désinfectées plusieurs fois par jour.

3° ENVIRONS DE HAMBOURG ET ALLEMAGNE.

A *Brême*, plusieurs personnes ont été ces jours-ci atteintes de choléra asiatique, ainsi que la déclaration officielle en a été faite. Il y a eu des décès.

On mande de Brême que les *ports du Weser* sont restés jusqu'ici indemnes du choléra et que leurs conditions sanitaires ne donnent lieu à aucune crainte.

On annonce qu'un enfant d'une famille de Hambourg qui s'était réfugiée à *Kiel* vient de mourir du choléra asiatique. La nature du mal aurait été constatée par les autorités médicales. D'autres cas viennent d'être signalés à l'hôpital maritime. Au camp de Lockstädt, 12 cas et 5 morts.

Dans trois localités du district de Stade, il y a eu 16 cas de choléra; dans une localité du Slesvig, 1 cas; dans trois localités du district de Lunebourg, plusieurs cas isolés et quelques décès. Deux personnes venant de Hambourg ont été atteintes du choléra, l'une à Leipzig et l'autre à Neustadt (Mecklembourg).

Le gouvernement a prescrit aux autorités de Stettin, Dantzig, Kœnigsberg, de prendre immédiatement des mesures pour empêcher l'introduction du choléra par mer.

B. — ANGLETERRE.

A Glascow, deux émigrants allemands venant de Hambourg ont été découverts, atteints du choléra. Les autres émigrants ont été mis en état d'observation. On signale de nouveaux cas à Glascow. M. le Dr Thorne, médecin en chef de la commission d'hygiène, dit que les cas signalés à Gravesend sont tous des cas de choléra asiatique. Dans le comté de Norfolk, on a signalé deux cas suspects de choléra à bord d'un vapeur provenant de Hambourg. A Douny, on cite 3 cas et 1 mort.

Renseignements pris auprès des autorités locales, aucun nouveau cas de choléra n'a été signalé à Londres. Un cas de l'hôpital Saint-Thomas n'est pas considéré comme très sérieux: il présente en effet les caractères du choléra nostras. — On n'attache pas grande importance aux prétendus cas signalés sur les navires à Kings-Lyun; mais on ne cache pas l'inquiétude qu'inspire le cas de Gravesend et de Douny.

Mesures prises.

Les plus grandes précautions sont prises pour empêcher le choléra d'arriver à Londres. Le conseil du gouvernement local a adressé hier aux autorités sanitaires de Londres une longue circulaire pour le prévenir de ce qu'il aurait à faire dans le cas où la loi de 1875 et celle de 1881 seraient mises en vigueur. Ces lois sont relatives à la santé publique en cas d'épidémie. Outre la prohibition de l'importation des chiffons de France, de Russie et d'Orient, on a prohibé l'importation des chiffons, de la literie et des vieux vêtements qui arrivent de tous les ports européens au nord de Dunkerque, excepté des ports de Suède, de Norwege et de Danemark. Le comité des douanes a donné des instructions relativement aux navires de guerre. Les officiers des douanes doivent demander aux commandants de ces navires s'ils ont eu à bord des cas de choléra, et leur remettre un questionnaire à remplir à ce sujet. Si un cas de choléra s'est produit à bord, le navire doit être isolé, et rien ne pourra être débarqué sans un certificat des autorités sanitaires locales. Le conseil de santé de Liverpool a été avisé hier que les compagnies transatlantiques se proposaient de cesser pour quelque temps le transport des émigrants. Des mesures sanitaires sont prises dans presque tous les ports. Le gouvernement anglais vient d'envoyer plusieurs médecins dans les principaux ports du Sud et de l'Est de l'Angleterre, afin de donner aux autorités de ces ports des instructions sur les précautions à prendre contre le choléra. Des mesures ont déjà été prises à Londres; elles sont appliquées à tous les navires provenant de Russie et de Hambourg. En Angleterre, les fonctionnaires des douanes ont le droit de retenir pendant douze heures tous les vaisseaux qui leur paraîtront suspects, afin d'attendre l'arrivée des inspecteurs des commissions d'hygiène. Les compagnies de différentes lignes de transatlantiques ont télégraphié à tous les agents de refuser d'accepter les émigrants comme passagers.

C. — AUTRICHE.

A Vienne même, l'état sanitaire est excellent. Mais on continue à signaler de divers points de la province des cas de mort précédés de symptômes suspects.

Mesures prises.

En raison de l'épidémie de choléra à Hambourg, les autorités autrichiennes ont ordonné l'interruption du service direct sur le chemin de fer du Nord-Ouest autrichien. On devra maintenant changer de train à Tetschen, où des médecins passeront l'inspection des voyageurs et des bagages: les bagages devront aussi être désinfectés. Les dispositions qui ont été prises en Autriche pour l'inspection des voyageurs et la désinfection des bagages à Tetschen ont été étendues à Bodenbach. Au cas où l'épidémie cholérique se répandrait davantage, on a l'intention d'ordonner des mesures semblables dans toutes les stations de la frontière en Bohême et en Silésie.

Le ministère de l'intérieur a autorisé le gouvernement de Bohême et les autorités provinciales de Silésie à instituer, en vue de l'approche du choléra de la frontière autrichienne, des stations de visite sanitaire pour les voyageurs et pour les bagages et, au besoin, à soumettre les voyageurs qui traversent la frontière à une surveillance médicale rigoureuse. Ces mesures devront être prises tout d'abord aux stations frontières des chemins de fer allant en Allemagne, puis aux localités de la frontière non reliées par voie ferrée à l'Allemagne.

Le conseil de la Bourse de Vienne a décidé, avec l'approbation des autorités, que le marché international des semailles n'aurait pas lieu.

La lieutenance impériale de la Basse-Autriche a pris un arrêté enjoignant à tous les propriétaires de maisons, appartements meublés, hôtels et logements de toute espèce, de signaler immédiatement à l'autorité communale à laquelle ils ressortissent l'arrivée de tous voyageurs d'Allemagne. Les autorités communales devront faire visiter ces hôtes pendant une période de cinq jours. Les voyageurs en question auront à déclarer au médecin s'ils ont été incommodés pendant leur voyage par la diarrhée ou par des vomissements. Ces mesures avaient été déjà prescrites pour les voyageurs arrivant de Russie.

D. — ESPAGNE.

Jusqu'à présent, aucun cas de choléra n'a été signalé en Espagne.

Mesures prises.

Un ordre royal interdit l'entrée des ports d'Espagne aux chiffons, matelas, objets de literie, fruits et légumes verts provenant des ports de l'Inde anglaise, de la mer Noire, de la mer d'Azof, de la Baltique, de la côte de Turquie d'Asie, de la Méditerranée, du golfe de Finlande, de la Belgique et de la France. Les effets des passagers, les laines, peaux, cuirs, plumes, seront soumis à une désinfection préalable. Un ordre du ministre de l'intérieur établit sur la frontière franco-espagnole une inspection médicale pour les voyageurs, la désinfection des effets suspects. Les voyageurs en arrivant à leur destination seront en outre visités par un médecin et resteront en observation pendant sept jours.

A Gibraltar, la quarantaine est de quinze jours pour les bâtiments arrivant du Havre et de Bordeaux.

Le gouvernement espagnol a résolu d'appliquer à la gare de Port-Brou les mesures sanitaires indiquées par le décret ci-dessous qui vient d'être affiché à la frontière.

Article 1er. — Il sera établi à la frontière de France, à Irun, à Port-Brou et partout où cela sera nécessaire, un service d'inspection des voyageurs et de désinfection des effets susceptibles de propager le choléra.

Art. 2. — L'inspection médicale consistera dans l'examen des voyageurs par les médecins. On laissera libre entrée à ceux qui ne seront pas reconnus atteints de la maladie cholérique et on invitera ceux qui l'ont ou qui en présentent des symptômes à

retourner dans leur pays. Ceux qui ne voudront pas rebrousser chemin seront conduits dans des appartements d'observation et de cure établis à cet effet.

Art. 3. — A chaque voyageur reconnu sain au moment de l'inspection médicale il sera donné une patente dans laquelle on indiquera le lieu d'où parvient l'individu et celui où il va; ce passeport devra être présenté par le porteur, vingt-quatre heures au moins après son arrivée, au maire de la localité qui fera visiter le voyageur par un médecin désigné à cet effet. Le voyageur restera sept jours en observation. Si, pendant ces sept jours, il ne présente aucun symptôme de maladie, il sera complètement libre; dans le cas contraire on procédera à son isolement et à la désinfection de son linge et de ses effets avec toutes les précautions établies à ce sujet par le décret du 12 août 1890.

Art. 4. — Quand un voyageur, au lieu d'arriver dans la localité déclarée à l'inspection médicale, se dirigera sur un autre point, il devra se soumettre aux prescriptions édictées dans l'article précédent et présenter son passeport.

Art. 5. — La désinfection des marchandises susceptibles de communiquer le choléra, mais dont l'importation n'est pas prohibée par le décret du 25 août 1892, se fera avec tout le soin possible en observant l'origine des marchandises et en usant de la plus grande rigueur dans la désinfection, surtout si les marchandises proviennent de points infectés. Relativement aux marchandises en général, on observera les prescriptions contenues dans le chapitre IX de la loi sanitaire.

Art. 6. — L'inspection médicale, la désinfection des effets à la frontière, l'expédition des passeports de santé et la visite au point d'arrivée seront gratuites pour le voyageur.

Art. 7. — Toute contravention aux dispositions qui précèdent sera punie d'une amende de 15 à 500 fr. par l'autorité compétente, comme infraction aux mesures sanitaires en vigueur.

E. — Belgique.

Le journal officiel de Belgique dit que, depuis la circulaire ministérielle du 18 août, le choléra ne s'est manifesté à l'état épidémique dans aucune localité du pays. La situation sanitaire ne s'est pas modifiée. Les quelques cas signalés à bord des steamers venant du Havre et de Hambourg et suivis de décès à *Anvers* sont restés des cas isolés, mais réels.

Van Ermenghem.

Mesures prises.

Dans ces conditions, la commission sanitaire de l'Escaut n'a pas cru devoir modifier les patentes et continue à délivrer des patentes de santé nettes. Au surplus, toutes les mesures autorisées par l'arrêté du 19 août sont appliquées à l'égard des provenances étrangères. Le ministre des chemins de fer a décidé de soumettre à une visite médicale, à partir de demain, les voyageurs et les bagages pénétrant en Belgique par toutes les lignes internationales. Exception sera faite pour les voyageurs et les bagages transportés d'Angleterre par les malles.

A Anvers, de nouvelles mesures vont être prises pour une quarantaine maritime. Un poste militaire sera placé au Doel pour surveiller les navires et les matelots. Les bateaux de l'intérieur contaminés seront conduits à la hauteur du fort Sainte-Marie, où ils seront surveillés par un poste militaire.

On ne signale aucun cas de maladie suspecte à Bruxelles. L'épidémie cholériforme qu'on a signalée à Couillet, dans le Borinage, à Liège, à Herstal, à Boussu, Pecq, Laeken-les-Bruxelles, etc., n'est pas très grave. Beaucoup de personnes, il est vrai, sont atteintes de cholérine; mais cette maladie ne présente aucun des caractères du choléra.

F. — Hollande.

Le vapeur allemand *Jason*, de Hambourg, est arrivé à Rotterdam le 26 août, avec six cas de choléra, dont deux morts.

A Groningue est mort, du choléra, un homme venant de Hambourg. Des mesures sont prises pour empêcher l'extension de l'épidémie. Le bourgmestre de la Haye a fait savoir qu'un cas de choléra asiatique a été constaté sur un Russe arrivé de Wilna *via* Hambourg. Le malade a été transporté immédiatement à l'hôpital, et des mesures énergiques de désinfection ont été appliquées. Le conseil communal a voté un crédit illimité pour combattre le choléra. Le bruit court que deux cas se seraient produits à Scheveningue.

G. — Le Choléra en Russie.

1° Marche de l'épidémie.

On mande que le choléra vient d'apparaître de nouveau à *Cronstadt*. L'épidémie ravage les pays de la *vallée du Don*, les gouvernements de *Samara* et de *Saratov*, et sévit surtout en ce moment dans les gouvernements de Simbirsk, Kharkov et à Taganrog. La situation s'améliore dans le Donets.

Dans les villes des autres gouvernements, on peut constater une diminution très sensible de l'intensité du mal.

Du 23 au 24 août, le nombre des cas de choléra a été de 111 à Saint-Pétersbourg: celui des décès, de 32. Le 28 août, il y a eu à Saint-Pétersbourg 125 cas de choléra et 25 décès. et à Cronstadt 3 cas et un décès.

Le 28 août, on écrivait de Saint-Pétersbourg que l'épidémie continuait de s'étendre sur toute la surface de la *Russie centrale* et même en Pologne, où elle a atteint *Lublin*, mais elle diminue insensiblement d'intensité. — Elle reste stationnaire à Saint-Pétersbourg.

Il résulte d'un rapport officiel publié à Saint-Pétersbourg que le choléra s'est déclaré aussi dans le gouvernement de Lublin. Jusqu'au 26 du courant, 14 personnes ont été atteintes de l'épidémie, et 7 sont mortes. Le 26 août, il y a eu dans le gouvernement de Samara 1,420 cas de choléra et 521 décès; dans le gouvernement de Saratov, 330 cas de choléra et 121 décès. Enfin, dans les districts du Don, il y a eu, les 24 et 25 août, 823 cas de choléra et 558 décès.

Le choléra a presque entièrement disparu de Nijni-Novgorod; les médecins et les étudiants, venus en grand nombre de toutes parts, commencent à quitter la ville.

2° Troubles d'Yekaterinoslav.

On a désormais des renseignements complets sur les troubles qui se sont produits aux environs d'Yekaterinoslav il y a environ quinze jours. Les habitants d'Youzova se sont opposés au transfert à l'hôpital d'une femme atteinte du choléra; ils ont battu la police et soutenu une bataille rangée contre le détachement de cosaques envoyé de la ville. Les cosaques, qui ont eu une vingtaine d'hommes tués ou blessés, ont mis hors du combat près de deux cents émeutiers. L'émeute a recommencé le lendemain par la dévastation de l'hôpital, de l'église, d'une pharmacie et par l'incendie des maisons occupées par les cosaques, dès lors impuissants contre une dizaine de mille ouvriers. Ils furent pour la plupart tués; puis la populace saccagea les usines de Youzova, y détruisit tout et incendia la localité. Les habitants prirent la fuite. Il fallut, le troisième jour, l'intervention de deux régiments pour maîtriser l'émeute, qui s'était propagée dans les environs.

3° — Mesures prises.

Des mesures nouvelles contre l'épidémie ont été prises sur plusieurs points de la Russie. Le ministère des voies de communication a fait construire, dans plusieurs grandes villes et sur des points d'embranchement, des réfectoires gratuits pour les voyageurs ouvriers. Sur la ligne Dunabourg-Vitebsk, on vient d'ouvrir des débits de thé dans toutes les stations. D'autre part, le ministre de l'intérieur vient de supprimer plusieurs quarantaines.

H. — Perse.

Le choléra diminue à Téhéran; le nombre des morts hier a été de 200. L'épidémie a été constatée dans un village près d'Ispahan; elle sévit avec intensité à Hamadan et à Kazvin.

I. — Mesures prises dans le reste de l'Europe et en Amérique.

Malte. — A Malte, les bâtiments venant de la mer Noire, de Hambourg et d'Anvers sont reçus dans le port, mais mis en quarantaine stricte. Ils sont requis de repartir immédiatement après avoir fait du charbon. Les passagers ne peuvent pas débarquer. *Italie.* — Une ordonnance royale parue à Rome étend les mesures sanitaires ordonnées le 7 juillet pour les provenances de la mer Noire à celles des ports français de l'Atlantique, de la Manche, des ports russes, néerlandais, allemands, de ceux de la mer du Nord, y compris Hambourg. — *Portugal.* — En Portugal, les provenances d'Allemagne, d'Autriche, de Belgique et de Turquie sont soumises à une quarantaine. — *Turquie d'Asie.* — On dément officiellement que sept décès cholériques aient eu lieu à Constantinople la semaine dernière. — *Suède.* — Le gouvernement suédois a déclaré suspects tous les ports allemands de la mer du Nord, ainsi que ceux de la Baltique entre le Danemarck et la Poméranie.

Amérique. — A New-York, deux médecins sont en permanence aux débarcadères des steamers qui arrivent de Hambourg et du Havre. Tous les voyageurs sont soumis à une inspection minutieuse. L'importation des chiffons provenant de pays où règne l'épidémie est prohibée. Le ministère du Trésor, à Washington, a envoyé des ordres à la compagnie de navigation North German Lloyd et à la compagnie faisant le service entre l'Allemagne et l'Amérique du Nord, leur disant de faire arrêter leurs steamers

venant de Hambourg et de Brême à Baltimore et au cap Charles, pour y subir une quarantaine. Le secrétaire du Trésor a également ordonné de prendre des mesures analogues à l'égard de toutes les compagnies transatlantiques dont les bateaux entrent au port de New-York. La commission d'hygiène de New-York prend toutes les mesures de précaution. Tous les malades seront immédiatement transportés dans l'île de Swinburne, où des dispositions spéciales ont été prises pour les immigrants suspects d'affection cholériforme. Tous les passagers seront transportés dans l'île Hoffmann, où ils séjourneront jusqu'au moment où les médecins auront reconnu s'ils sont ou non atteints du fléau.

Canada. — Les autorités provinciales du Canada vont prendre des mesures de précaution énergiques contre l'invasion du choléra. Les journaux demandent qu'un inspecteur soit attaché au port de Montréal et un autre à celui de Québec avec plein pouvoir d'empêcher le débarquement des passagers de tous les steamers de la Compagnie Hambourg-Amérique dont un bateau arrive chaque semaine. Une quarantaine sera prescrite pour tous les passagers arrivant en Amérique par cette ligne.

§ II. — Le Choléra en France.

L'Epidémie au Havre.

On est maintenant bien fixé : l'épidémie cholériforme qui sévit au Havre a été importée par un navire allemand, venu de Hambourg, et qui avait débarqué plusieurs centaines d'émigrants. A ce moment, on ignorait au Havre que le choléra existait à Hambourg. Le consul de France dans cette dernière ville n'avait pas, ignorant sans doute lui-même la vérité sur l'état sanitaire de Hambourg, prévenu le service de santé du port du Havre et avait délivré des patentes nettes à tous les steamers se rendant en France. Contrairement à ce que l'on avait cru tout d'abord, c'est bien le steamer *Galicia*, venant de Hambourg, actuellement en quarantaine dans le bassin de l'Eure, qui avait des malades à bord. L'un d'eux est mort du choléra.

1. — *Marche de l'Epidémie.*

A la suite d'une réunion à l'Hôtel de Ville et à laquelle assistaient les membres de la commission d'hygiène, le maire du Havre a cru devoir adresser la proclamation suivante à la population : « L'administration municipale, afin de couper court aux bruits exagérés qui ont été répandus sur la situation sanitaire du Havre, croit devoir, dans l'intérêt de la vérité, donner à la population une statistique rigoureusement exacte du nombre de cas d'*entérite cholériforme* signalés depuis le 30 juillet et des décès dus à cette affection, constatés depuis la même date jusqu'au 24 août, quatre heures du soir, tant en ville qu'aux hospices. Nombre de cas signalés depuis le 30 juillet : 365. Nombre de décès depuis la même date : 104. »

Voici quelques renseignements complémentaires en ce qui concerne la situation sanitaire de la ville : le chiffre des décès, qui avait été, le 24, de 47, est tombé, le 25, à 24. Il s'agit ici de la totalité des décès constatés au Havre dans les journées du 24 et du 25 août. Pour ce qui touche spécialement à l'épidémie, voici des chiffres communiqués par l'administration municipale : journée du 24 août, de quatre heures du soir à minuit, cas signalés : 18 ; décès : 9. Journée du 25 août, de minuit à minuit, cas signalés : 48 ; décès, 21. Pour la journée du 26 août, de minuit à minuit, 45 cas cholériques signalés et 18 décès. Pour la journée du 27 août, de minuit à minuit, il y a eu 71 cas et 25 décès. Pendant la journée du 29 août, 60 cas de choléra et 24 décès se sont produits. Le 30 août, de midi à minuit, 78 cas, 33 décès.

L'état sanitaire du Havre est toujours quelque peu inquiétant. Il se produit des cas presque foudroyants. Jusqu'à présent, du moins, la population havraise ne paraît pas trop alarmée.

Toutefois la nouvelle que les paquebots transatlantiques allaient désormais et jusqu'à nouvel ordre partir de Cherbourg pour New-York et *vice versâ* a été connue aujourd'hui et a produit en ville une pénible impression.

2. — *Mesures prises.*

Toutes les mesures préventives sont *prises par l'administration municipale*. On répand le chlore et l'acide phénique dans les rues ; des détachements de pompiers sont chargés de nettoyer à grande eau les cours des maisons dans les quartiers pauvres. Les malades sont transportés dans des voitures spéciales à l'hôpital de l'Est, où un aménagement particulier a été disposé pour eux. Dans certains quartiers malpropres, on ne se contente pas de laver à grande eau les cours et les appartements eux-mêmes, on détruit et l'on brûle les objets de literie les hardes, les meubles qui paraissent être des nids d'infection. Les victimes de ces mesures hygiéniques seront indemnisées par la ville.

L'administration municipale fait publier par les journaux locaux un bulletin des décès. Un service médical de jour et de nuit est dès aujourd'hui assuré dans chaque section de police. A l'Hôtel de Ville, deux médecins se tiennent en permanence. Les objets et vêtements contaminés sont immédiatement détruits sur place. Le Conseil municipal a voté hier soir un crédit de 20,000 francs pour mesures d'hygiène et secours aux indigents.

Si la ville du Havre échappe à une plus violente atteinte de l'épidémie, elle pourra dire qu'elle le doit en grande partie à la *vigilance et à la courageuse initiative de sa municipalité*, qui a fait, en la circonstance, tout son devoir.

Nous lui adressons, au nom de tous, nos plus vives félicitations.

§ III. — Choléra et Diarrhée cholériforme en France.

1° L'Epidémie cholériforme a Paris.

A Paris, aucun cas de choléra n'a été constaté jusqu'à présent. Seule, la diarrhée continue à faire quelques victimes. Il faut ajouter que ces cas sont d'ailleurs assez rares. Les journaux qui annoncent qu'environ deux cents personnes atteintes de diarrhée sont actuellement soignées dans les hôpitaux de Paris exagèrent peut-être beaucoup. Ce chiffre est à peine supérieur à celui des cas qui ont été constatés depuis de nombreuses semaines.

Mesures prises contre le choléra.

Des mesures sanitaires sont prises sur la frontière des pays étrangers où le choléra a été signalé. M. Thoinot, auditeur au comité consultatif d'hygiène de France et un de ses collègues sont partis sur la frontière. Le directeur de la sûreté générale a donné aux commissaires de police et aux agents des départements que les deux médecins doivent traverser des instructions afin qu'ils se mettent à la disposition des hygiénistes et qu'ils agissent de concert avec eux pour les précautions à prendre. La frontière serait surveillée, au point de vue hygiénique, depuis Dunkerque jusqu'à Delle (1).

En présence des progrès officiellement constatés de l'épidémie cholérique à Hambourg, le comité de direction des services sanitaires, composé de MM. le Dr Brouardel, président ; Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique, et le docteur Proust, inspecteur général des services sanitaires, s'est réuni d'urgence afin de prendre des mesures contre l'invasion de l'épidémie. Ces mesures ont été soumises au ministre de l'intérieur et approuvées par un décret du président de la République. Les mesures qu'a décidé de prendre le comité de direction des services sanitaires sont à peu près les mêmes que celles prises contre l'épidémie cholérique d'Espagne. Elles causeront peu de gêne aux voyageurs qui y seront tous soumis.

Voici d'ailleurs le texte du décret prescrivant diverses dispositions de police sanitaire concernant les voyageurs entrant en France par les frontières du Nord et de l'Est, interdisant l'importation des drilles, chiffons, objets de literie, etc., ainsi que des fruits et légumes provenant de Russie, d'Allemagne ou de Belgique et portant application de ces mesures aux personnes et aux objets arrivant de ces pays dans les ports de France ou d'Algérie :

Le Président de la République française,
Sur le rapport des Ministres de l'Intérieur et des Finances ;
Vu la loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire ;
Vu l'avis du comité de direction des services de l'hygiène,

Décrète :

Art. 1er. — Toute personne entrant en France par les frontières du Nord et de l'Est, de Dunkerque à Delle inclusivement, est tenue de déclarer à la frontière, aux autorités chargées de recevoir cette déclaration, la commune dans laquelle elle se rend.

Elle est, en outre, tenue de présenter au maire de cette commune, dans les vingt-quatre heures de son arrivée, le passeport sanitaire qui lui aura été remis à la frontière.

A Paris, cette présentation du passeport sanitaire devra être faite à la préfecture de police ou aux mairies.

Art 2. — Il est enjoint à toute personne logeant un ou plu-

(1) La préfecture de Meurthe-et-Moselle vient de faire appel au concours des étudiants en médecine de notre Faculté ; deux étudiants seront détachés à chacune des gares frontières pour renforcer le service sanitaire. Déjà cinq étudiants employés à l'hôpital s'étaient fait spontanément inscrire.

sieurs voyageurs entrés en France dans les conditions prévues à l'article 1er d'en faire la déclaration à la mairie de la commune dès l'arrivée du voyageur.

A Paris, cette déclaration devra être faite à la préfecture de police ou aux mairies.

Cette obligation s'applique non seulement aux aubergistes et aux logeurs en garni, mais encore à tout particulier.

Art. 3. — Tout maire auquel aura été faite, conformément aux articles 1 et 2, la déclaration d'arrivée d'un voyageur devra faire visiter ce voyageur pendant un délai de cinq jours au minimum à partir du jour de l'entrée de ce voyageur en France ou en Algérie. S'il survient quelque accident suspect, et notamment de la diarrhée, le maire devra faire visiter le voyageur par un médecin. En cas d'impossibilité, il en référera au préfet ou au sous-préfet par les voies les plus rapides.

Art. 4. — Le voyageur est tenu de subir les visites prescrites par l'article précédent.

S'il vient à se rendre dans une nouvelle commune avant l'expiration du délai de cinq jours, il est tenu de faire une nouvelle déclaration conforme à celle prescrite par l'article premier.

Art. 5. — Le voyageur empêché par un motif quelconque de se rendre dans la commune désignée par lui aux autorités sanitaires de la frontière est tenu, dans les douze heures de son arrivée, de le déclarer au maire de la commune où il s'arrête. Le maire fera procéder aux visites prescrites par l'article 3.

Art. 6. — La déclaration à la mairie de tout cas suspect d'être un cas de choléra est obligatoire dans un délai de vingt-quatre heures pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui en a constaté l'existence, pour le chef de famille ou les personnes qui soignent le malade et pour toute personne qui le logerait.

A Paris, cette déclaration devra être faite à la préfecture de police ou aux mairies.

Art. 7. — Est interdite jusqu'à nouvel ordre l'importation en France des drilles et chiffons, ainsi que des objets de literie tels que matelas, couvertures, etc., venant de Russie, d'Allemagne ou de Belgique.

Art. 8. — Est interdite jusqu'à nouvel ordre l'importation en France des fruits et légumes poussant dans le sol ou au niveau du sol et provenant de Russie, d'Allemagne ou de Belgique.

Art. 9. — Les dispositions du présent décret sont applicables aux personnes et aux objets entrant dans un des ports de la France ou de l'Algérie et provenant de Russie, d'Allemagne ou de Belgique.

Art. 10. — Les contraventions aux dispositions du présent décret seront constatées par des procès-verbaux et poursuivies conformément à l'article 13 de la loi du 3 mars 1822, qui punit d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de 5 à 50 francs quiconque aura contrevenu en matière sanitaire aux ordres des des autorités compétentes.

Art. 11. — La loi du 3 mars 1822 et le présent décret seront publiés et affichés dans toutes les communes du territoire de la République.

Les ministres de l'intérieur et des finances, le docteur Proust, inspecteur général des services sanitaires, les docteurs Netter et Thoinot, auditeurs au comité consultatif d'hygiène public de France, les préfets, les maires de France et d'Algérie sont délégués, conformément à l'article 1er de la loi du 3 mars 1892, pour assurer l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Fontainebleau, le 29 août 1892. CARNOT.

Le steamer français *Saint-André*, arrivé cette semaine du Havre à Pauillac, a été mis en quarantaine. Il y avait eu à son bord, pendant la traversée, un décès suspect, et trois hommes de l'équipage étaient malades.

2° — L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIFORME EN PROVINCE.

D'après des renseignements de source officielle on a constaté 2 cas isolés de maladie de caractère cholériforme à *Darnetal-lès-Rouen* ; 2 autres cas à *Dieppedalle*, petite localité des bords de la Seine et 2 cas, dont 1 suivi de mort, à *Sotteville*. A Oissel on a constaté 3 cas et 3 décès. Il est hors de doute que ces cas de maladie ont été provoqués par l'usage de l'eau de Seine absolument contaminée dans ces parages. Pour *Rouen* voici le bulletin sanitaire du 30 aout. Il restait en traitement, hier, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, 19 malades atteints d'épidémie cholériforme. Il n'est entré pendant les vingt-quatre heures qu'un malade. Total 20. Décès pendant la même période, 2; malade sorti guéri, 1. Restent en traitement 17 malades. — Décès en ville dus au *choléra*, 2 ; à la dysenterie cholériforme, 1 ; à l'entérite cholériforme, 1. On écrit du *Mans* que quelques cas présentant un caractère cholériforme auraient causé trois décès. A la suite des renseignements favorables recueillis sur place par M. Dujardin-Beaumetz, tant sur la *situation sanitaire* que sur *l'alimentation en eau* de la région de *Poitiers*, il a été décidé que rien ne serait changé au programme des grandes manœuvres en Poitou. Nous pouvons ajouter que l'épidémie de Poitiers est en pleine décroissance. Toutefois, pour plus de sécurité, le ministre a décidé que le régiment qui en était atteint ne prendrait pas part aux manœuvres.

Les journaux politiques sont pleins d'interwievs de médecins connus, à propos du choléra. Nous ne les rapporterons ici. Il nous suffit de constater que tout le monde est du même avis : Le choléra asiatique n'est pas encore à Paris. Mais Le Havre et Rouen ne sont pas loin... et il faut prendre garde.

D'ailleurs, M. Dujardin-Beaumetz, interwiévé par un rédacteur du *Paris*, a bien résumé la situation de la sorte : « Nous sommes en présence de deux courants épidémiques bien distincts: l'un, qui a pris naissance à la prison de Nanterre, le 29 mars dernier ; l'autre qui, il y a deux mois environ, éclatait à Bakou. Il est regrettable que le premier ait fait des victimes, mais on est obligé de constater que son essence était peu meurtrière. Voilà pour Paris et la Seine : diminution et disparition probable sous peu. — Pour le second courant épidémique, les faits sont plus graves. Il s'est étendu avec une extrême rapidité de Bakou à Pétersbourg, de Pétersbourg à Hambourg et de Hambourg à Anvers, Le Havre, etc. »

Marcel B.

4e Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques (*La Haye*).

Le comité d'organisation annonce que M. J.P.R.Tak van Poortvliet a bien voulu accepter la présidence d'honneur du Congrès. Le comité d'organisation s'est constitué comme suit : Dr en droit J. Heemskerk Az, ministre d'état, *président*, la Haye. Dr en droit H. Goeman Borgesius, membre des Etats-Généraux, président du « Volksbond», *vice-président*, la Haye. Dr W. P. Ruysch, conseiller au Ministère de l'Intérieur, *secrétaire*, la Haye. Dr en droit Th. G. van Eck, avocat et avoué, *vice-secrétaire*, la Haye. M. E. J. W. Koch, pasteur de la prison, président de la « Vereeniging tot afschaffing van sterken drank », *trésorier*, Schéveningue. M. G. van Herwaarden, officier de marine en retraite, *vice-trésorier*, Delft. Dr en droit Th. M. L. H. Borret, notaire, la Haye. Dr en droit C. J. E. comte van Bylandt, membre des Etats-Députés de la Hollande Méridionale, la Haye. Dr H. J. de Dompierre de Chaufepié, conservateur au Musée d'Antiquités, Leyde. Dr en droit C. C. E. d'Engelbronner, avocat, secrétaire de la « Vereeniging tot afschaffinh van sterken drank », la Haye. M. I. M. Heybrock, président de la « Christelijk national Geheel Onthouders Vereeniging », Harlem. Mr Th. Isaachsen, pasteur, Rotterdam. Dr C. W. Janssen, Amsterdam. D. en droit H. J. Kist, procureur général et membre de Etats-Généraux, Amsterdam. M. J. H. Z. Koch, négociant, Amsterdam. Dr J. P. T. van der Lith, professeur titulaire à l'Université d'Utrecht. Dr en droit D. R. baron van Lynden, membre du tribunal d'Arrondissement, Arnhem. M. P. van der Meulen, surnuméraire des impôts de l'État, Leeuwarden. M. C. O.G. de Riders, référendaire au cabinet de la Reine, la Haye. Dr C.S. Adama van Scheltema, pasteur émérite, Arnhem. Dr en droit Jonkheer W. Six, membre des Etats-Généraux, la Haye. Dr en droit F. W. J. George Snijder van Wissenkerke, chef de division au ministère de la Justice, la Haye. Dr B. J. Stokvis, professeur à l'Université d'Amsterdam, président de la société de médecine des Pays-Bas. Dr G. P. van Tienhoven, médecin de S. M. la Reine, membre du conseil communal, la Haye. M. H. L. Verspyck, inspecteur du service médical dans les provinces de Gueldre et d'Utrecht, Utrecht. M. A. van der Voort Az., professeur au Gymnase et à l'école moyenne, Harlem. M. L. P. Walburgh Schmidt, médecin des prisons, Amsterdam. On a à présent l'adhésion d'environ 200 membres (dont 40 dames). Parmi ces membres il y a plusieurs représentants de corporations et d'associations philanthropiques.

Ire Rubrique : *L'alcool en rapport avec la physiologie et l'hygiène*. I° Les effets physiologiques des boissons alcooliques sur l'organisme humain. *a.)* Les conséquences de l'usage et de l'abus sur l'organisme humain. Sir Dr Dyce Duckworth M. D., L. L. D., médecin de l'hôpital Saint-Barthélemy et médecin honoraire de S. A. R. le prince de Galles, Londres. M. L.-P. Walburgh Schmidt, médecin, Amsterdam. Dr A. Sehmitz, médecin et propriétaire de la « Heilanstalt für Nervenkranke, Morphiumund Alkohol Entwöhnung », Bonn. *b.)* L'influence de l'alcoolisme sur la progéniture. *c.)* L'aggravation des effets nuisibles de l'abus, par l'emploi d'alcool falsifié dans la fabrication des boissons alcooliques. Dr Auguste Forel, professeur, directeur de la maison d'aliénés « Burgholzli », Zuric. *d.)* Les progrès de l'alcoolisme en France et ses conséquences. Dr L. Gilbert Ballet, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris. — 2° La corruption physique et morale

causée par le commerce des boissons fortes : a.) chez les peuples non civilisés en général ; b.) particulièrement chez ceux de l'Afrique, par rapport à l'acte du Congrès international de Bruxelles de 1891. Rev. J. Grant Mills, secrétaire du « Native races and liquor traffic united committee », Londres. — 3° Les données statistiques sur la mortalité, la criminalité et l'aliénation mentale, par rapport à l'abus des boissons alcooliques. Dr A. Baer, conseiller médical, premier médecin de la prison de Plotzensee, Berlin. Dr A.-H. Van Andel, inspecteur des asiles d'aliénés, Leyde — IIe Rubrique : *Les moyens persuasifs.* 4° L'importance des sociétés pour combattre l'abus des boissons alcooliques. M. Eardley Wilmot, secrétaire et délégué de la « Church of England Temperance Society », Londres. Dr C.-W. Janssen, Amsterdam. 5° L'abstinence complète de boissons fermentées comme moyen de combattre l'usage des boissons fortes. Dr C. S. Adama Van Scheltema, pasteur émérite, Arnhem. 6° La collaboration de l'Eglise dans la lutte contre les boissons fortes. M. Eardley Wilmot, secrétaire et délégué de la « Church of England Temperance Society», Londres. 7° La collaboration de la femme dans la lutte contre l'alcoolisme. Mlle Charlotte A. Gray, Londres. La représentante de la «British Vomen's Temperance Association.» Mme Elisabeth Selmer, Copenhague. 8° La collaboration de la Presse. M. Fred. Sherlock, éditeur, Londres. Dr Th. Belval, rédacteur du «Mouvement hygiénique,» Bruxelles. 9° La réforme des usages reçus en fait de boissons populaires, comme moyen efficace de combattre l'abus des boissons alcooliques. Dr J. J. P. Valeton, professeur émérite à l'Université de Groningue, Amersfoort. 10° Les services que peut rendre l'enseignement primaire : a.) par des leçons instructives dans les écoles populaires sur les effets nuisibles des boissons fortes ; b.) par l'institution de sociétés d'enfants (bands of hope). M. F. A. Robyns, délégué du gouvernement Belge, inspecteur de l'enseignement primaire en Belgique, Hasselt. M. Charles Wakely, Londres. 11° Les remèdes physiques et les asyles d'alcoolisés. M. Ed. Hirsch, pasteur, directeur de la «Trinkerheilanstalt» a Lintorf ; Dr J. P. T. Van Der Lith, professeur titulaire à l'Université d'Utrecht. 12° Les cafés populaires comme lieu de récréation sans boissons fortes et comme étant utiles pour propager le goût de la bière (peu porte), comme un des moyens à employer dans la lutte contre les boissons fortes. Dr W. P. Ruysch, conseiller au ministère de l'Intérieur, la Haye 13° Les impôts sur les bières en rapport avec leur percentage d'alcool. Dr P. Waage, professeur, Christiana. 14° Les mesures prises ou à prendre par le ministère de la Guerre, pour combattre l'abus des boissons fortes dans l'armée Neerlandaise. M. W.-J.-V. Van der Veur, capitaine d'artillerie, la Haye. — IIIe Rubrique : *Moyens coercitifs.* 15° Les lois prohibitives, savoir : a.) pour tout le territoire (connues sous le nom de « Lois de l'Etat du Maine »). b.) pour les communes qui demandent la prohibition des cabarets (option locale). M le général Neal Dow, Portland (par lettre). M. Gallus Thomann, auteur Brooklyn. 16° Les monopoles ou privilèges pour la fabrication et la vente des boissons fortes, comme moyens de combattre les abus : a.) en général ; b.) suivant le système dit « Gothenburger system ». M. H.E. Berner, directeur de la Banque Hypothécaire, Christiania. M. Lars O. Jensen, professeur, Christiania. 17° Les licences ou autorisations pour la vente des boissons fortes en détail. a.) en général. M. Em. Cauderlier, Bruxelles. b.) telles que la matière est réglée par la loi Néerlandaise. Dr en droit H. Goeman Borgesius, membre des Etats-Généraux, la Haye. Dr en droit F.-W.-J. George Snijder van Wissenkerke, chef de division au ministère de la Justice, la Haye. 18° Les mesures restrictives de la liberté dans le droit civil, telles que : a.) interdiction pour cause d'ivrognerie ou ivresse habituelle. b.) refus d'une action juridique pour le payement de dettes, provenues de la livraison de boissons fortes. Dr A Schmitz, médecin et propriétaire de la Heilanstalt fur Nervenkranke, Morphiumund Alkohol-Entwöhnung, Bonn.

La date du Congrès reste fixée aux 8—10 Septembre 1892. Chacun de ces jours il y aura deux séances dans les locaux de «Diligentia», Lange Voorhouts n° 5 La première séance sera ouverte à 9 heures 3/4 précises, avant midi, la seconde, à 1 heure 1/2 après midi. Après les séances il y aura quelques réceptions et concerts, dont nous enverrons plus tard le programme détaillé.

Il y aura une réception officielle pour les membres du Congrès de la part du conseil communal de la Haye, dans la soirée du 7 septembre à l'Hotel de ville ; dans la soirée du 8 septembre on organisera une conférence dans laquelle M. Grant Mills de Londres se propose de montrer des *Dissolving-views.*

MM. les membres qui désirent qu'on leur commande un logement, sont priés de s'adresser à cet effet à M. Th. G. Van Eck (Heerengracht 13, La Haye), vice-secrétaire, avant le 24 août.

Sanatorium de Leysin (Suisse).

Le 25 août a eu lieu l'inauguration d'un établissement dont l'édification fait le plus grand honneur aux médecins et aux administrateurs qui en ont décidé la création, ainsi qu'à l'architecte qui a interprété leur pensée.

Le sanatorium de Leysin a été construit à 1,450 mètres au-dessus d'Aigle, dans un site superbe, protégé contre les vents du N.-O. et de l'O. par les tours d'Aï et de Mayen, et contre les vents du N. et du N.-E. par le Mont-d'Or et le Chaussy. Le sol en est très sec. Le climat de Leysin présente tous les avantages que peuvent rechercher les malades délicats et destinés à vivre au grand air.

Ajoutons que l'on s'est efforcé d'appliquer, pour la construction et l'aménagement de ce nouveau sanatorium, aussi élégant que confortable, toutes les règles de l'hygiène moderne.

Les plus vives félicitations ont été adressées à M. le docteur Sécretan, président du conseil d'administration, ainsi qu'à ses collègues, par les nombreux médecins venus de Suisse, de France et même d'Angleterre pour applaudir à la création, dans un pays de langue française, d'un établissement dirigé par un ancien interne des hôpitaux de Paris, le docteur Lauth, et présentant tous les avantages des climats d'altitude.

Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique.
(*Bruxelles*, 14-19 septembre 1892).

Le Congrès tiendra sa séance d'ouverture à Bruxelles, le mercredi 14 septembre à 2 heures. Les bureaux du Congrès seront ouverts : Palais des Académies, place du Palais, à Bruxelles, à partir de lundi 12 septembre, à 10 heures du matin. On y trouvera tous les renseignements relatifs aux séances, aux hôtels, aux excursions, etc. La réduction accordée par les chemins de fer étant insignifiante et soumise à des formalités assez compliquées, il n'y a guère lieu d'en profiter ; toutefois le docteur Auvard se tient les lundi, mercredi et vendredi, de 1 à 3 heures, 58, rue la Boëtie, à la disposition des membres qui désireraient des renseignements à cet égard.

Enseignement médical libre.

Cours d'Histologie. — M. le Dr Latteux, ancien chef du Laboratoire de la Faculté, à la Charité, recommencera son cours de technique microscopique et de manipulations pratiques, avec exercices de diagnotic d'anatomie pathologique, le 6 septembre 1892, à deux heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 17, rue du Louvre, de 1 heure à 2 heures.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 21 août 1892 au samedi 27 août 1892, les naissances ont été au nombre de 1124 se décomposant ainsi : Sexe *masculin* : légitimes, 439 ; illégitimes, 145, Total, 584 — Sexe *féminin* : légitimes, 365 ; illégitimes, 175. Total, 540.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 21 août 1892 au samedi 27 août 1892, les décès ont été au nombre de 1068 savoir : 550 hommes et 518 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoide : M. 7, F. 4, T. 11. — Variole : M 1, F. 1, T. 2 — Rougeole : M. 5, F. 5, T. 10. — Scarlatine : M. 2, F. 3, T. 5. — Coqueluche : M. 2, F 3, T. 5 — Diphtérie. Croup : M. 14 F. 12, T. 26. — Affections cholériformes : M 61, F 37, T. 98 — Phtisie pulmonaire : M. 100, F. 65, T 165 — Autres tuberculoses : M. 13, F. 9, T 22 — Tumeurs bénignes . M. 1. F. 1, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 33, T. 47. — Méningite simple : M. 12, F. 20, T. 32 — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 19, F. 21, T. 40. — Paralysie, M. 4, F. 6, T. 10 — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 5, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 16, F. 33, T. 49. — Bronchite aiguë : M. 6, F 6, T. 12 — Bronchite chronique. M. 7, F 9, T. 16. — Broncho-Pneumonie : M. 6, F. 8, T. 14 — Pneumonie : M. 12, F. 16, T. 28. — Gastro-entérite, biberon : M. 77 F. 78, T. 155 — Gastro-entérite, sein : M. 12, F. 20, T. 32 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 7, F. 7, T. 14. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7, T. 7 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Débilité congénitale : M. 16, F. 12,

T. 28.—Sénilité : M. 7, F. 16, T 23 — Suicides : M. 8, F. 5 T. 13. —Autres morts violentes M 17, F. 9, T. 26 —Autres causes de mort ; M. 97, F. 65. T. 162 — Causes restées inconnues : M 5, F. 1, T 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 89, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33, illégitimes. 15. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 19. Total : 41.

Faculté de médecine de Paris. — En l'absence des chefs de service, les cliniques de la Faculté dans les hôpitaux de Paris seront dirigées, pendant la période des vacances, par MM. les agrégés dont les noms suivent : Médecine : Hôtel-Dieu, M. Gilbert ; chirurgie : Necker, M. Nélaton ; maladies cutanées : Saint-Louis, M. Netter ; maladies du système nerveux : Salpêtrière, M. Brissaud ; maladies des voies urinaires : Necker, M. Segond ; chirurgie : Hôtel-Dieu, M. Richard; chirurgie : Pitié, M. Lejars ; chirurgie : Charité, M. Poirier ; ophtalmologie : Hôtel-Dieu, M. Brun; accouchements : MM. Maygrier et Bar ; accouchements : clinique Baudelocque, M. Ribemont-Dessaignes ; enfants malades : M. Hutinel.

Asile d'aliénés de Bron. — *Grossesse et accouchement chez une folle.* — A la dernière session du Conseil général du Rhone, M. le Dr Masson a demandé au préfet s'il était en mesure de fournir des explications sur un fait très grave qui se serait produit à l'asile départemental de Bron. Il s'agit d'une des pensionnaires de l'asile, internée depuis cinq ans, qui aurait accouché, il y a quelques jours, d'un enfant placé aujourd'hui dans une maternité. M. Rivaud a répondu que ce fait était exact et que la justice était aujourd'hui saisie de l'affaire. Il a regretté que l'administration n'ait été avertie du fait qu'après l'accouchement ; mais, en l'état actuel des choses, il croit qu'il n'y a qu'à laisser l'enquête poursuivre son cours. L'opinion et la moralité publique recevront satisfaction.

Assistance publique dans les campagnes. — Le Conseil général de la Seine-Inférieure a émis un vœu pour la prompte promulgation de la loi sur l'assistance dans les campagnes. Qui plus est, dans l'Yonne, le Conseil général a voté un crédit de 10,000 fr. destiné à organiser un commencement d'assistance dans les campagnes.

Congrès international d'anthropologie. — Le grand-duc Serge Alexandrovitch, président d'honneur du Congrès d'anthropologie, a annoncé au professeur Bogdanof que, sur ses sollicitations, l'empereur venait d'allouer une somme de 5,000 roubles pour les frais du Congrès. Il avait été décidé que le prochain Congrès d'anthropologie et d'archéologie préhistorique se réunirait soit à Constantinople, soit en cas d'empêchement, à Athènes. Le grand-vizir, Djevad-Pacha, informé de cette décision, a envoyé un télégramme de remerciements au Congrès.

Congrès international de zoologie a Moscou. — Le congrès zoologique s'est terminé cette semaine à Moscou. Le résultat le plus important du congrès est la décision prise par ses membres, relativement à l'adoption d'une nomenclature zoologique internationale proposée par notre ami, M. R. Blanchard. Dans son discours de clôture, M. Milne Edwards a remercié le tsar de sa munificence à l'égard du congrès. Ce passage a été l'objet d'une unanime et chaleureuse ovation.

Boissons hygiéniques. — Le Conseil général des Bouches-du-Rhone a adopté un vœu en faveur du dégrèvement des boissons hygiéniques.

Épidémie de suicides. — On mande de Trieste qu'une véritable épidémie de suicides a sévi dans cette ville pendant la dernière semaine : seize personnes ont attenté à leurs jours, les unes par suite d'affaires d'amour, les autres, à ce que l'on croit, dans un état de démence momentanée causé par la chaleur.

Epidémies a Londres. — Le nombre des cas de *fièvre scarlatine* va en augmentant. 79 malades ont été admis le 24 aout dans les hopitaux. Le 25 aout 70 ont été admis. L'épidémie de *fièvre typhoïde* augmente de meme. Le nombre des malades est passé de 3,373, chiffre officiel publié le 24 aout, à 3,460 dans les sept hopitaux dépendant de l'office des asiles metropolitains. Ce total n'avait jamais été atteint jusqu'à présent.

Empoisonnement par le poisson. — Il paraît que pour préserver de la putréfaction le poisson destiné à être expédié dans les endroits éloignés, les industriels de la Crimée le saupoudrent de quantité minime de sublimé corrosif. Il est probable que le poisson s'en trouve fort bien, mais il serait bon de savoir comment s'en trouvent les consommateurs. Dans les districts septentrionaux du gouvernement de la Tauride, les pêcheurs ont aussi imaginé de faire une pate avec de la mie de pain et du mercure. Cette pate jetée à la surface des rivières attire les petits poissons, lesquels meurent presque aussitot après l'avoir ingérée. Voilà encore un ingénieux moyen d'administrer du mercure dans l'estomac des consommateurs.

La fièvre typhoïde a Toulouse. — Quelques cas de fièvre typhoïde se sont déclarés au 23e d'artillerie. Le ministre de la guerre vient de faire surseoir au départ des trois batteries de ce régiment, qui devaient aller aux manœuvres des 9e et 12e corps. Le régiment a quitté la caserne et campe à l'école d'artillerie. Il y a de 1 à 7 entrées par jour à l'hôpital, mais pas de décès.

L'Epidémie de Mornant. — Une maladie bizarre, que l'on aurait rarement vu se produire dans la région, sévirait en ce moment, disent les journaux, sur la commune de Mornant, près Lyon, dans la partie sud, comprenant les hameaux de la Pavière et du Logis-Neuf. Depuis trois ou quatre jours qu'elle a fait son apparition, six personnes, cinq hommes et une femme, en ont été atteintes. Les malades attribuent la cause de cette épidémie aux miasmes dégagés par les émanations de la rivière, à côté de laquelle tous ont travaillé à peu près en même temps. La maladie s'est déclarée chez eux tous à un jour près. Nous recevrions avec plaisir de nos confrères de Mornant une courte relation de cette épidémie, si réellement elle existe.

Les secours publics en cas d'accidents et la compagnie générale des omnibus. — Depuis longtemps, nous ne cessons de récriminer contre l'insuffisance des secours publics en cas d'accidents. Tout le monde sait que la ville de Paris, malgré les généreux efforts qui ont été tentés par son Conseil municipal, est encore en retard au point de vue des soins à donner aux victimes d'accidents sur la voie publique, si fréquents pourtant et souvent si terribles. Mais, comme Paris ne s'est pas bâti en un jour, la réforme de ses vieilles institutions sera encore longue. En attendant une organisation complète de secours publics en cas d'accidents, pourquoi ne réagit-on pas d'abord contre les employés d'écurie de la compagnie générale des omnibus, chargés de la conduite des chevaux de renfort qui se rendent ou quittent leur service au grand trot, parcourant les voies les plus fréquentées de tous les arrondissements de Paris et faisant piétiner quelquefois sans crier gare des passants invalides, des femmes ou des enfants. Il serait temps pour éviter semblables accidents que la préfecture de police donnat des ordres de la plus grande sévérité pour éviter cet empiètement de la rue par une compagnie qui applique impunement ses lois aux Parisiens. Il ne suffit pas d'avoir des compagnies d'assurances contre les accidents ; il faut et il est d'urgence de prévenir ces accidents en imposant et en faisant observer à tous ceux qui ont le monopole de la voie publique des décrets inexorables contre toute fraude au règlement. Nous reviendrons du reste très amplement sur ce sujet si essentiellement utile, mais trop négligé. Albin R.

Les Médecins-Musiciens. — Jusqu'ici nous avions les médecins-poètes. Consultez à ce propos le *Parnasse médical* de Chéreau Aujourd'hui apparaissent les médecins musiciens et, qui plus est, amateurs du grand art. Tous nos compliments. En effet, on annonce l'apparition d'une brochure de près de quatre-vingts pages sur les *Drames musicaux de Richard Wagner et le théâtre de Bayreuth*, étude critique par M. le Dr Henri Coutagne, médecin légiste fort avantageusement connu à Lyon. La médecine légale laisse, on le voit, des loisirs en province, alors qu'à Paris elle ne chome guère. Ceux de nos confrères qui iront ou ont été à Bayreuth (il me semble qu'on les pourrait compter) feront bien de se munir de cette savante brochure, qui leur fera connaître bien des détails ignorés du public.

Maternité pour les Filles-Mères de Rouen. — A la dernière session du Conseil général de la Seine-Inférieure, au cours d'une discussion relative au budget des enfants assistés, le préfet, sur la demande d'un membre du Conseil général, a appris à l'assemblée où en était l'exécution du don de Mme Boucicaut, qui doit servir à créer à Rouen une maternité pour les filles-mères. Les formalités pour l'autorisation du legs ont été longues devant le Conseil d'Etat. Les exécuteurs testamentaires et les délégués de l'Assistance publique sont venus choisir un terrain sur la commune de Mont-Saint-Aignan. Les travaux vont très prochainement commencer.

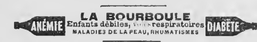
Monument du Dr Testelin a Lille. — Le comité de souscription qui s'est formé à Lille pour élever un monument à la mémoire du Dr Testelin, commissaire du gouvernement de la Défense nationale en 1870-1871, vient, après concours, de charger M. Cordonnier, sculpteur, d'exécuter ce monument en collaboration avec M. Bonnier, architecte.

Revaccination. — Le Conseil général de la Côte-d'Or a émis des vœux pour que tout impot à établir sur les boissons soit mis sur l'alcool et pour que soit appliqué d'une façon stricte l'arrêté ministériel du 29 octobre 1889 sur la *revaccination*.

SCAPULAIRES ET CHOLÉRA. — La réclame suivante, cueillie dans une feuille religieuse, n'a-t-elle pas par ces temps une certaine saveur ? *Scapulaire anticholérique*. Ces scapulaires, sur lesquels est brodée l'image de la Sainte Vierge et qui ont été bénis par notre Saint-Père le Pape, ont pour effet merveilleux de protéger les fidèles contre toute affection ou indisposition cholériforme. La longueur des rubans permet de faire descendre les scapulaires jusque sur le ventre. Placés sur cette partie du corps ils arrêtent immédiatement la diarrhée. On peut se procurer, moyennant l'envoi de 4 fr. 50 par la poste, les scapulaires anticholériques, chez M. l'abbé G..., ancien aumônier de la marine, à Toulon (Var).

VŒU UTILE. — Le Conseil général des Pyrénées-Orientales a émis le vœu « que les *retraités* ne soient pas admis aux emplois salariés par l'Etat, les départements ou les communes. » Nous appelons l'attention du Conseil général de la Seine sur ce vœu. Il est arrivé plusieurs fois que des fonctionnaires, dont il avait réclamé le renvoi ou la mise à la retraite, étaient réemployés par le département ou les ministères. Tel a été le cas de M. Prieur, ex directeur d'hôpital ; tel est le cas de M. Brelet, ex secrétaire général de l'Assistance publique, adversaire de la République, et qui occupe une double fonction auprès du ministère de l'intérieur.

NÉCROLOGIE. — On nous prie d'annoncer la mort, à Munich, le 20 août dernier, de M. le docteur Adolfo SCHMIDTLEIN, de Mexico, justement estimé de toute la colonie européenne au Mexique. — On annonce la mort, à Saint-Pétersbourg, de M. le Dr OBERMULLER, chirurgien de l'empereur. M. le Dr Obermuller, né en 1837, était entré au service de l'Etat russe en 1857. Il laisse d'importants travaux scientifiques. — M. le Dr FROSSARD, de Saint-Loup (Haute-Saône), reçu en 1890, tué dans une chute de cheval. — M. le Dr de VOISINS (de Toulouse). — M. le Dr SERNIN (Alban), de Narbonne. — M. le Dr DELAGE (Henri), pharmacien à Paris, officier d'Académie, décédé le 7 août à l'âge de 53 ans. — M. le Dr COLVIS, de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, reçu en 1860. — M. le Dr FALEP, de Cette. — M. le Dr GAILHARD, de Marseille. — M. le Dr GÉLIN, de Lantignié (Rhône), reçu en 1843. — M. le Dr MAISONGROSSE, de Pontacq (Basses-Pyrénées).



Publications du Progrès Médical.

VIENT DE PARAITRE

Traité pratique, Théorique et Thérapeutique de la Scrofulo-Tuberculose.

Par Henri LELOIR,

Professeur des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille.
Membre correspondant de l'Académie de médecine, Lauréat (*bis*) de l'Institut, etc.

De la peau et des muqueuses adjacentes (Lupus et tuberculose qui s'y rattachent). Volume in-4 de 405 pages, avec 30 figures originales intercalées dans le texte, 22 tableaux statistiques et un atlas de XV planches.— Prix : 30 fr.— Pour nos abonnés. 22 fr. 50

De l'oblitération des sutures du crâne chez les Idiots;

par E. TACQUET.

Volume in-8 de 72 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

Recherches Cliniques et Thérapeutiques sur l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie ;

Par BOURNEVILLE

Médecin de Bicêtre.

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1891 (T. XII) avec la collaboration de MM. BANZET, ISCH-WALL, RAOULT, R. SOREL et P. SOLLIER. — Un fort volume in-8° de CVIII-142 pages, avec 13 figures dans le texte et 2 planches. — Prix : **5** fr. ; pour nos abonnés : **3** fr. **50**.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie BATTAILLE et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

POIRIER (P.). — Traité d'anatomie médico-chirurgicale (1er fascicule : Tête, crâne, encéphale, oreille). Volume in-8 de 294 pages, avec 151 figures en noir et en couleurs.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

HUXLEY (Th.). — Les problèmes de la biologie. Volume in-12 de 316 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50
LEFERT (P.). — Aide-mémoire de clinique médicale et de diagnostic. Volume in-12 cartonné de 314 pages. — Prix. . . 3 fr.

BELVAL (Th.). — Contribution à l'étude des sépultures au point de vue hygiénique. — Caveaux et galeries funéraires. Brochure in-8 de 36 pages, avec 4 planches hors texte. — Bruges, 1892. — Imprimerie Houdmont.
BRIZ (B.-H.). — Estudio climatologico y topografico-medico del real sitio de San Lorenzo llamado comunmente del escorial. Brochure in-8 de 63 pages. — Madrid, 1892. — Imprenta de R. Rojas.
CONCETTI (L.). — Sulla difterite primitiva cronica delle narici (Nuove osservazioni e ricerche batteriologiche). Brochure in-8 de 7 pages. — Napoli, 1892. — Stabilimento tipografico dell' unione. Bédarieux, 1891. — Imprimerie A. Lussac.
DONADIEU-LAVIT. — De l'importance du diagnostic de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice au point de vue d'un traitement par les bains de Lamalou. — Brochure in-8 de 7 pages. — Bédarieux, 1891. — Imprimerie A. Lussac.
POPESCU (D.). — Procedeul de cloroformizare in doze mici si continue. Volume in-8 de 125 pages. — Bucuresti, 1892. — Tipografia Moderna Gregorie Luis.
SELVATICO (E.-G.). — Il solfato di duboisina quale ipnotico nelle pricopatie (Studio clinico e sperimentale). Brochure in-8 de 25 pages. — Feltre, 1892. — Tipografia P. Castaldi.

Librairie G. CARRÉ 58, rue Saint-André-des-Arts, 58.

GOLAY (E.). — Guide des mères dans les maladies des enfants. Volume in-12 de 582 pages.

Librairie Alphonse LEMERRE, Passage Choiseul, 23.

VIGNÉ D'OCTON. — *Le Roman d'un Timide.* — Après *Chair noire*, qui est une merveilleuse analyse de l'ame simpliste des peuples primitifs, après *Fauves Amours*, où furent cruellement, mais sincèrement étudiées les amours d'êtres venant immédiatement au-dessus dans l'échelle des races, et l'*Eternelle Blessée*, cette curieuse étude du *Besoin d'aimer* dans les classes bourgeoises, M. P. Vigné d'Octon publie aujourd'hui chez Lemerre *Le roman d'un Timide*. Comment réagissent à l'égard du *Mal d'aimer* les intellectuels que leur haute culture scientifique a placés parmi l'élite de l'humanité, la passion aux prises avec le plus sacré des devoirs, un caractère magistralement tracé. Telle est le fond de cette œuvre nouvelle où se retrouvent, développées et affinées, les qualités d'observation, de style et d'analyse unanimement reconnues chez ses aînées. En outre, dans le *Roman d'un Timide*, M. P. Vigné d'Octon soulève un des plus inquiétants problèmes de morale.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 37. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 10 SEPTEMBRE 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Leçons sur les Aortites (1) ;

par Henri HUCHARD, médecin de l'Hôpital Bichat.

I. — AORTITES AIGUE ET SUBAIGUE.

(1re Leçon).

SOMMAIRE. — HISTORIQUE. Aortite *aiguë* et *subaiguë*. (Portal en 1803, P. Franck et J. Franck, Bertin et Bouillaud, Bizot, etc.) — L'aortite et l'artérite aiguës, autrefois question doctrinale; fièvre *inflammatoire* de Franck; fièvre *vasculaire* de Reill; fièvre *angioténique* de Pinel ; *angiocardite* de Bouillaud ; artérite, lésion de toutes les fièvres pour Broussais. — Au point de vue anatomique, erreurs des auteurs démontrées par Laënnec, Louis, Trousseau et Rigot. Au point de vue clinique, erreurs et opinions contradictoires des auteurs contemporains.

PATHOGÉNIE. — Influence de la pression artérielle, de la quantité et de la qualité du sang.

ETIOLOGIE. 1° *Diathèses* (goutte, arthritis, rhumatisme, etc.). — 2° *Intoxications* (saturnisme et tabagisme, etc.). — 3° *Maladies infectieuses* (variole, fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole, syphilis, etc.). — Influence du froid. — Ménopause. — (Observations).

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Lésion de la tunique externe de l'aorte (*péri-aortite*), des tuniques interne et moyenne (*endo-aortite*). Coloration de l'endartère. — Description des plaques molles et gélatiniformes de l'aortite aiguë. — Dilatation aiguë de l'aorte. — Insuffisance aortique fonctionnelle ou organique. — Hypertrophie *vraie* et hypertrophie *fausse* du cœur, cette dernière étant due à la sclérose dystrophique du myocarde.

III. CLINIQUE. PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE LA SYMPTOMATOLOGIE. — Ischémie du myocarde par aortite *péricoronaire;* rétrécissements vasculaires et ischémies viscérales par aortite *oblitérante* ; symptômes de voisinage par *péri-aortite*.

MODES DE DÉBUT. — Début rapide ou insidieux. — Début par aortite aiguë, puis aortite chronique consécutive, et réciproquement. — Début de l'artite aiguë par la dyspnée, ou par l'angine de poitrine, par la péricardite sèche, sous forme d'anémie, par hyperthrophie cardiaque, etc. L'aortite aiguë, maladie apyrétique.

Il existe peu de maladies dont la connaissance soit plus intéressante pour le clinicien que l'aortite aiguë ou subaiguë. Il en est peu aussi dont l'étude soit moins complète dans les traités classiques de pathologie. Certains auteurs semblent même oublier son existence, méconnaître ses symptômes et la mettre au rang des maladies douteuses ou hypothétiques. C'est là une erreur.

Comme l'inflammation des artères en général, l'aortite a joué un grand rôle dans les disputes doctrinales des nosologistes ; aujourd'hui, si elle a perdu quelque intérêt à ce point de vue, elle a, depuis plusieurs années, pris une place aussi légitime qu'importante dans la clinique. J'espère le démontrer au moyen de quelques arguments tirés de l'histoire et à l'aide de preuves cliniques.

* * *

HISTORIQUE. — En 1803, Portal rapporta l'observation d'une aortite survenue à la suite de la répercussion d'un exanthème.

Quelques années plus tard, J.-P. Franck consacra un chapitre à cette question, mais en attribuant à l'aortite aiguë des symptômes qui ne lui appartiennent pas, et en commettant l'erreur de croire — comme Corvisart nous l'apprend — qu'elle est cause d'une fièvre particulière et toujours mortelle. C'est la même opinion exprimée plus tard par Jos. Franck :

« En comparant, dit-il, les symptômes de l'inflammation du système artériel avec ceux des fièvres inflammatoires, on se confirme dans le soupçon que celles-ci sont le résultat de la première. »

Telle est l'origine d'une erreur doctrinale que j'exposerai plus loin.

Sur les vingt-six observations d'aortite aiguë, rapportées par Bertin et Bouillaud, en 1824, on en trouve une seule réellement concluante : elle est relative à un fait où ils constatèrent une rougeur avec « exsudation albumineuse à la surface interne de l'aorte. » Mais les autres observations sont contestables, d'autant plus qu'il suffisait aux auteurs de constater la coloration rouge de la tunique interne du vaisseau pour conclure à l'existence d'une aortite. Ils avaient signalé, parmi les symptômes, l'existence de pulsations artérielles plus fortes, — tout en faisant remarquer, après Young (1), que ces pulsations de l'aorte n'indiquent pas toujours une lésion inflammatoire de l'artère, — d'une douleur avec sensation de chaleur sur le trajet du vaisseau, d'anxiétés et de défaillances. Ils ajoutaient que les pulsations violentes de l'aorte constituent le signe principal de son inflammation, signe auquel s'ajoutent des battements semblables dans toutes les grosses branches de l'arbre artériel, et cela, parce que la phlegmasie interne de l'aorte coïncide fréquemment avec celle des autres artères. Dans cette description, Bertin et Bouillaud commirent deux graves erreurs : une erreur anatomique et une erreur clinique. Au sujet de la première, j'ai déjà dit qu'ils avaient eu tort de regarder la rougeur de la tunique interne du vaisseau comme suffisante pour conclure à son inflammation, et pour la seconde, ils ont attribué à cette aortite développée dans le cours d'affections diverses (fièvre typhoïde, pneumonie, péritonite, dysenterie, phtisie pulmonaire) des symptômes que l'on devait mettre bien plutôt sur le compte de ces maladies.

Il en est de même de Bizot (de Genève) qui, en 1837, attribua encore à l'aortite des manifestations symptomatiques qui ne lui appartiennent pas : œdème, anasarque, fièvre intense, prostration, délire.

La même erreur a encore été commise par J.-P. Teissier qui, après avoir déclaré que l'histoire de l'aortite aiguë a été ébauchée « de main de maître » par Bizot, assigne à cette maladie les symptômes suivants : anasarque ou œdèmes aigus promptement suivis de fièvre, d'angoisse, d'orthopnée, d'agitation nocturne, de la pâleur de la face ; pouls fréquent et quelquefois irrégulier, congestion pulmonaire, faiblesse croissante et subdelirium. Le même auteur parle encore de la « cardo-aortite » avec symptômes d'essoufflement par la marche, de palpitations, de névralgies précordiales, d'angine de poitrine, de troubles cérébraux, d'œdème et d'anasarque, etc. Cette symptomatologie est inexacte dans sa trop grande richesse ; il est démontré, comme on le verra plus loin, que l'aortite aiguë est une maladie complètement apyrétique, et que l'œdème ou l'anasarque ne sont pas des symptômes du début de la maladie.

Il faut arriver jusqu'à la thèse de Léger, faite sous l'ins-

(1) Extrait de la 2e édition des *Leçons de clinique et thérapeutique sur les maladies du cœur et des vaisseaux* (Paris, octobre 1892, Doin, éditeur).

(1) Young. — *Med. transact. of the coll. of phys.* (London, 1815).

piration de Bucquoy, en 1877, pour avoir un travail d'ensemble sur l'aortite aiguë (1). Depuis cette époque, j'ai moi-même insisté sur la symptomatologie de cette affection et j'en ai décrit les principaux caractères sous les noms d' « aortite oblitérante » et d' « aortite à répétition (2). »

Cet historique serait incomplet si je n'exposais brièvement les questions doctrinales autrefois attachées à l'étude de cette maladie.

Episode de l'inflammation artérielle, en général, l'histoire de l'aortite a subi toutes les vicissitudes de l'opinion à l'égard de cette grande question. On sait combien elle divisait naguère encore les médecins et les anatomopathologistes ; combien les débats furent vifs et combien même aujourd'hui, après un si long temps, ces discussions conservent encore toute leur actualité, puisque l'existence de l'aortite aiguë et les phénomènes cliniques qui en traduisent les lésions anatomiques sont encore mises en doute.

De même que Cullen se trompait en disant que l'asthme de longue durée « devient mortel en occasionnant quelque anévrisme du cœur et des gros vaisseaux, » P. Franck prenait aussi l'effet pour la cause dans sa théorie de la fièvre dite *inflammatoire*. Ayant constaté dans beaucoup de pyrexies une rougeur vive de la membrane interne du cœur, de l'aorte et des vaisseaux artériels, il fit de cette coloration la lésion d'une phlogose artérielle et de cette phlogose le signalement anatomique de la fièvre inflammatoire. Celle-ci, avec Reill, devint la *fièvre vasculaire* et, avec Pinel, la *fièvre angioténique*. Plus tard, Broussais, généralisant cette théorie en se l'appropriant, fit de l'artérite la caractéristique de toutes les pyrexies. L'aortite était donc mise en cause au même titre que l'artérite des moyennes et des petites artères. C'est alors qu'avec Bouillaud, l'*angio-cardite* devint le facteur pathogénique de la fièvre.

Mais ce triomphe de la théorie de la phlogose artérielle devait être éphémère. L'immortel Laënnec, dont la profonde intuition n'a jamais été mise en défaut dans sa lutte opiniâtre contre les doctrines broussaisiennes et contre l'erreur, s'était élevé, avec la toute-puissance de son génie, contre ces diverses interprétations.

« On pourrait, disait-il, tout au plus soupçonner l'inflammation dans le cas où la rougeur de la membrane interne des artères s'est accompagnée de gonflement, d'épaississement, de boursouflement et d'un développement extraordinaire des petits vaisseaux dans la tunique moyenne. »

C'était préparer la ruine de cette théorie que devaient compléter plus tard Louis, Trousseau et Rigot (3), en démontrant, d'une façon irrévocable, que cette rougeur n'était nullement un signe de phlegmasie de l'aorte, qu'elle était un phénomène d'imbibition cadavérique, au même titre que la coloration jaune des tissus chez les ictériques, laquelle n'est qu'un phénomène d'imprégnation biliaire, au même titre encore que ce pointillé hémorrhagique de la surface interne de l'aorte que Deville signalait, en 1843, chez les individus succombant avec des symptômes de purpura.

Entre l'opinion qui fait de la phlegmasie le facteur principal de l'aortite et celle qui considère cette dernière comme exempte de tout processus inflammatoire, Virchow vint distinguer, au nom de l'histologie, plusieurs éléments différents dans l'artérite telle qu'on l'avait entendue ou vue jusque-là. La périartérite et la mésartérite constituaient l'inflammation des deux tuniques externes des vaisseaux artériels, et l'endartérite représentait l'inflammation de la tunique interne.

La cause de l'inflammation de la tunique interne des artères était gagnée devant l'histologie pathologique, et anatomiquement, il était illégitime de mettre en discussion l'existence de l'inflammation de l'aorte.

Cependant, au point de vue des plus gros vaisseaux artériels, à côté des erreurs doctrinales, subsistaient des divergences d'opinions et des erreurs dans l'interprétation des symptômes, divergences d'opinion qui persistent même encore aujourd'hui.

Je vous ai dit que les deux Franck, Bertin et Bouillaud, et que Bizot avec d'autres auteurs avaient trop étendu le domaine de l'aortite en lui attribuant une symptomatologie qui lui est étrangère.

Par contre, il y a des auteurs qui prétendent encore aujourd'hui que « la symptomatologie de l'aortite aiguë n'existe pas encore ! » Jaccoud, après avoir déclaré qu'il n'y a pas lieu d'admettre l'aortite aiguë comme maladie autonome et spéciale, s'exprime ainsi : « Les symptômes attribués à l'aortite dite aiguë, n'ont rien de spécial, ils appartiennent également à l'aortite chronique ; conséquemment, la séparation clinique n'est pas plus justifiée que la séparation anatomique. »

C'est à peu près la même opinion donnée par Eichhorst : « Il y a, dit-il, peu d'exemples certains d'aortites aiguës. Les Français ont confondu cette affection avec les debuts d'une artérite chronique. »

L'auteur allemand prête aux médecins français une erreur qu'ils n'ont jamais commise et qu'ils n'ont jamais songé à commettre.

Pour ma part, j'admets que souvent l'aortite aiguë est un mode de début de l'aortite chronique ; je crois encore que cette dernière est traversée par des poussées aiguës très fréquentes. Mais je suis en mesure d'affirmer que l'aortite aiguë ou subaiguë peut survenir *primitivement*, antérieurement à toute phlegmasie chronique de l'aorte et indépendamment d'elle, qu'elle peut enfin se terminer par la guérison sans passer à l'état chronique. Ce sont les Allemands qui commettent au contraire une grave erreur ; car, de ce que l'endocardite aiguë rhumatismale est souvent le début d'une endocardite chronique, est-ce une raison pour méconnaître la première et la rayer du cadre nosologique ? L'argument est pauvre, comme on le voit, et les auteurs étrangers ont le triomphe facile en nous prêtant des idées que nous n'avons pas.

Quant à ceux qui prétendent que « la symptomatologie de l'aortite aiguë n'existe pas », ou « qu'elle n'a rien de spécial », il suffit de les renvoyer à l'observation des faits et à la description clinique que je vais établir.

Pathogénie. — Avant d'étudier l'étiologie de cette affection, il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil sur sa pathogénie.

Il est à remarquer d'abord que l'aortite aiguë, — comme l'aortite chronique, — présente son maximum d'intensité au niveau des courbures de l'aorte, et principalement à sa crosse, vers la naissance des collatérales. La raison en est bien simple : c'est dans ces points que la pression sanguine s'exerce avec le plus de violence, d'où une cause d'irritation incessante des tuniques interne et moyenne du vaisseau.

(1) Portal. — Cours d'anatomie médicale, 1803. — J.-P. Franck. De curandis hominum epitome. *trad. fr.*, 1820. — Bertin et Bouillaud (*loc. cit.*, 1826). — Bizot (*Soc. méd. d'observ.*, 1837). J.-P. Teissier. Note sur l'inflammation aiguë et chronique de l'aorte thoracique. La cardo-aortite (*Art. méd.*, 1859 et 1860). — Bucquoy (*Gaz. des hôp.*, 1876 et *Journ. méd.*, et *Chirurg. prat.*, 1882). — Léger. Etude de l'aortite aiguë (*Thèse in. de Paris*. 1877). — Dujardin-Beaumetz (*Soc. méd. des hôp*, 1877). — Sicaud, Rousseau (1880). Borneque (1883). *Thèses de Paris* — H. Huchard (*Rev. de méd.*, 1883). Sur l'aortite à répetition par Eloy (*Union médicale*, 1885).

(2) Heydenreich (de Nancy) dans un travail récent sur la gangrène par endartérite oblitérante (*Semaine médicale* 1892) attribue à Friedlander (*Centralb. f. die med. Wissensch.* 1876) l'honneur d'avoir parlé le premier de l'artérite *oblitérante*. C'est là une erreur. Elle a été décrite en 1870 dans mon travail fait (1870) en collaboration avec Desnos sur la myocardite varioleuse ; elle a été encore étudiée par Hayem (*Arch. de physiologie*, 1869-1870), et au commencement de ce siècle, en 1824 elle a encore été signalée par Bertin et Bouillaud qui ont insisté sur les lésions de l'aortite capables d'oblitérer l'aorte et les artères.

(3) Trousseau et Rigot. — Recherches nécrologiques sur quelques altérations que subissent après la mort dans les vaisseaux sanguins (*Arch. de méd.*, 1826).

Cette loi rentre donc dans celle que j'ai établie au sujet de l'hypertension artérielle, laquelle est le plus souvent la cause de la sclérose vasculaire. L'hypertension artérielle *généralisée* donne lieu à l'inflammation généralisée des artères ; l'hypertension *partielle*, qui s'exerce au niveau des courbures et des collaterales, tend à produire des inflammations partielles des vaisseaux ; voilà toute la différence. La même cause n'existe-t-elle pas du côté des veines, et les varices viscérales ou périphériques ne sont-elles pas souvent liées à un certain état de pléthore abdominale ?

Mais cet élément — mécanique en quelque sorte — n'est pas seul en jeu. Si la *quantité* de sang avec sa force de projection et si la pléthore artérielle exercent une grande influence, la *qualité* du liquide nourricier, ses altérations par les diathèses, par les intoxications et les maladies infectieuses, contribuent aussi pour une grande part à déterminer l'irritation inflammatoire des vaisseaux en général et de l'aorte en particulier. C'est là ce qui explique le rôle important joué par ces dernières causes dans la production de l'aortite. Car, il ne faut pas l'oublier, cette maladie est souvent l'expression locale d'une maladie générale. Ainsi donc, *hypertension artérielle généralisée ou partielle, altération sanguine*, telles sont les deux conditions pathogéniques qui président au développement de cette maladie.

Etiologie. — Les causes de l'aortite peuvent être rangées d'abord dans trois catégories : 1° Diathèses ; 2° Intoxications ; 3° Maladies infectieuses.

1° *Diathèses.* — La *goutte* occupe la première place ; cela ne doit pas nous surprendre, puisqu'elle est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur. Est-ce la seule raison pour laquelle l'aortite serait plus fréquente chez l'homme que chez la femme ? La chose est probable, mais je n'oserais pas l'affirmer.

L'aortite aiguë se rencontre aussi dans l'*arthritisme* et surtout dans le *rhumatisme* subaigu et chronique. On cite cependant des cas où elle s'est développée dans le cours ou à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu.

On a vu (et Léger en a cité une observation) une aortite aiguë développée par suite de la propagation d'une *endocardite rhumatismale*. Dans ce cas, l'aortite ne procède pas directement du rhumatisme, mais de l'endocardite elle-même, dont le travail inflammatoire s'est étendu jusqu'à la membrane interne de l'aorte. Mais ces faits sont très rares, comme il est exceptionnel aussi de voir une aortite par propagation inflammatoire des organes voisins (à la suite d'une pleurésie, d'une pneumonie, d'une péricardite, etc.).

2° *Intoxications.* — En première ligne, il faut citer l'*alcoolisme*, non pas cet alcoolisme brutal des gens qui s'enivrent, mais celui des gens du monde, de ceux qui absorbent continuellement des doses faibles et répétées de liqueurs spiritueuses et qui s'exposent ainsi aux lentes dégénérescences des viscères, tandis que les premiers présentent plutôt les accidents aigus d'éthylisme.

Il faut encore ajouter le *saturnisme*, dont l'étiologie est encore douteuse, le *tabagisme*, peut-être le *surmenage* et la *sénilité*.

3° *Maladies infectieuses.* — Parmi elles, il faut citer la *variole*, qui, d'après Brouardel, serait une cause assez fréquente d'aortite et aussi de lésions vasculaires capables de déterminer à leur suite une dégénérescence prématurée du système artériel. Pendant l'épidémie de 1870, qui m'a permis, ainsi qu'à Desnos, de voir près de 2,500 varioleux et de reconnaître la fréquence relative des inflammations de l'endocarde, du péricarde et du muscle cardiaque dans le cours des varioles graves, nous avons observé, pour notre part, un certain nombre de lésions artérielles et d'aortites légères, mais dans une proportion de beaucoup inférieure à celle indiquée par Brouardel.

Les artérites de la *fièvre typhoïde* sont connues depuis longtemps, et certaines gangrènes des membres n'ont pas d'autre cause ; on comprend donc ainsi pourquoi il est possible d'observer, dans le cours de cette maladie et à sa suite, des aortites subaiguës ou chroniques. — La *scarlatine* et beaucoup plus rarement la *rougeole* donnent lieu à l'aortite. Pour ma part cependant, j'en ai observé un cas dans une rougeole grave.

Parmi les maladies infectieuses chroniques, la *syphilis*, si féconde en lésions artérielles chroniques, peut également produire des artérites et des aortites aiguës ou subaiguës.

On voit, par là, que les causes des aortites sont à peu près les mêmes que celles de l'artério-sclérose.

On a encore attribué au froid (aortite *a frigore*), aux fatigues, aux efforts prolongés, aux traumatismes, une influence très discutable.

Il n'en est pas de même de la *ménopause*, et il est démontré, d'après les observations de Bucquoy et les miennes, qu'à cette époque de la vie sexuelle, la femme est sujette aux poussées d'aortite aiguë ou subaiguë. J'explique ce fait, comme la fréquence des cardiopathies artérielles de la ménopause, par l'état d'hypertension artérielle à laquelle sont soumis les vaisseaux à l'âge critique.

A ce sujet, parmi les dix à douze faits d'aortite aiguë que j'ai observés sous l'influence de la ménopause, il me semble utile de résumer le suivant :

Une femme de quarante-quatre ans, qui a souffert autrefois de douleurs rhumatismales ou rhumatoïdes vagues dans les muscles et les articulations, éprouve un jour, au mois d'octobre en 1881, une impression de froid en avant du sternum. Immédiatement après, elle ressent une douleur rétro-sternale légère avec un peu d'angoisse. Cette douleur s'étant reproduite à plusieurs reprises dans l'espace de trois mois, elle vient me consulter le 28 juin 1884. Je constate d'abord qu'il s'agit de véritables accès d'angine de poitrine survenant, non pas sous l'influence des refroidissements comme elle le croyait d'abord, mais sous l'influence d'une marche précipitée, d'un effort, d'un simple mouvement. Dès cette époque, je formule le diagnostic suivant : aortite subaiguë avec faible ectasie du vaisseau, souffle léger au premier et au second temps, à l'orifice aortique. La situation s'aggrave de jour en jour, la dyspnée s'accuse, les crises angineuses augmentent d'intensité et de fréquence, elles sont presque subintrantes, et après trois mois, on voit survenir de l'œdème des membres inférieurs avec tous les signes d'une hyposystolie commençante. Bientôt, on constate un épanchement pleural du côté gauche, puis pendant la nuit une crise violente de pseudo-asthme avec bronchorrhée abondante et production de râles crépitants très fins dans la poitrine (œdème aigu du poumon). A plusieurs reprises, on assiste à de véritables accès d'ataxie cardiaque, caractérisés par trois ou quatre battements réguliers suivis ensuite de palpitations folles, précipitées et irrégulières. L'arythmie se fait à peine sentir au pouls radial qui reste fort et vibrant. Les vaisseaux du cou battent avec violence, et l'on constate des pulsations exagérées dans les plus petites artères, dans celles des doigts et des orteils ; on dirait que tout le cœur est animé de vibrations pulsatiles.

Pendant un mois, les mêmes accidents se reproduisent : accès de dyspnée et d'angor survenant sous l'influence de la moindre émotion, douleurs épigastriques et abdominales très vives reproduisant la sensation de poids, d'étau et de compression violente ; accès de pâleur de la face avec rougeur consécutive, sensation presque continue de barre rétrosternale et de déchirure dans la poitrine ; accès de palpitations et d'arythmie, signes de dilatation et d'hypertrophie du cœur, lipothymies et syncopes qui se produisent spontanément, ou qui sont provoquées par le moindre mouvement.

Le 7 mars 1885, à neuf heures et demie, elle se plaint d'une vive douleur à la partie médiane et supérieure de

(1) Résumé d'une observation *complètement* rapportée dans la 1re édition de cet ouvrage, p. 103.

l'abdomen, au dehors du creux épigastrique, douleur qui devient bientôt intolérable et lui arrache des cris. A 11 heures, elle est froide, sans pouls, presque sans respiration ; elle ne répond plus aux questions, et meurt rapidement dans un état syncopal. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Choléra en Russie.

Le *Progrès médical* a tenu soigneusement ses lecteurs au courant de la marche du choléra en Russie. Il nous paraît intéressant de jeter un coup d'œil d'ensemble sur ce triste événement pour en tirer quelques enseignements utiles.

Et tout d'abord, comme chacun a pu s'en convaincre en lisant la description des localités frappées par l'épidémie, leurs conditions sanitaires sont d'un primitif, d'un faible que rien n'égale, et, toutes les infections, quelle que soit leur nature, doivent y trouver un terrain luxueux pour s'y développer avec cette largeur sans fin qui caractérise le territoire de la sainte Russie. Si nous ajoutons que les populations de la plupart de ces contrées venaient d'être épuisées par une terrible famine, on comprendra comment le choléra a pu y entrer comme un vainqueur auquel rien ne devait résister. Même dans les villes assez considérables comme Kiev, Kherson, Simpheropol, etc., la négligence vis-à-vis des règles de l'hygiène frappe l'observateur le plus optimiste. Des monceaux d'ordures se décomposent et séjournent pendant des mois et des années dans chacune des maisons pourvue de ce qu'on appelle « la cour noire », c'est-à-dire d'un endroit qui sert à déposer et à conserver les immondices. A Simpheropol, le gouverneur fut obligé de dresser un procès-verbal contre l'Hôtel de Ville lui-même, dont il trouva la cour dans un état de saleté indescriptible ; à la date indiquée, la cour n'ayant pas été nettoyée, le gouverneur se vit réduit à la faire débarrasser aux frais de la ville par une brigade de police... A Kiev, encore, deux riches propriétaires, conseillers municipaux de cette ville, ont été jugés en police correctionnelle pour avoir catégoriquement refusé de débarrasser leurs maisons des tas de saletés qui l'infectaient...

Sans doute, aussitôt que l'épidémie venant de Perse se déclara à Bakou et à Astrakhan, tout le monde se réveilla, toutes les administrations locales se mirent à l'organisation des secours, et les médecins avant tous les autres remplirent leur devoir. Mais, comme il arrive toujours, cette explosion des mesures préventives se manifestant par un accès brusque et tardif n'eut pas le pouvoir d'arrêter le mouvement de l'épidémie qui se répandit, comme un fleuve sortant de ses rives, des deux villes atteintes, jusqu'aux deux capitales de la Russie, en envahissant à droite et à gauche de larges rayons du territoire. Les bulletins de la mortalité devinrent de plus en plus longs, le nombre des localités contaminées augmenta et la marche en avant du choléra s'accéléra de plus en plus.

Or, la principale cause de cette marche envahissante de l'épidémie en Russie est l'état défectueux de l'organisation médico-sanitaire. Cette organisation dont les embryons ont commencé à se développer, lors de la fondation des institutions des zemstwa, a subi, ces dernières années, un arrêt à peu près complet que seul le choléra, arrivé comme une bombe, a eu la triste prérogative de faire cesser. Ce fléau qui s'est répandu si rapidement et si largement a démontré jusqu'à l'évidence que la lutte avec les épidémies est impossible sans organisation bien outillée, fonctionnant en tout temps et sans relâche... En effet, l'insuffisance des secours et des établissements médicaux, l'état défectueux de ces derniers, l'absence des moyens d'isolement, de désinfection et de transport des malades se sont immédiatement et partout manifestés par des conséquences déplorables. Tous les efforts généreux sont restés dispersés, dépourvus d'une organisation solide et ferme, manquant d'ensemble. Certes, ils serviront à combattre l'épidémie, mais au prix de combien d'existences humaines et de combien de millions !... tandis que, avec une organisation préalablement et régulièrement établie, ces pertes des forces vives du pays auraient été dix fois, cent fois moindres...

Telle est la nouvelle leçon que le choléra donne, en démontrant qu'il est enfin temps de procéder en Russie à la réalisation de mesures sérieuses contre toutes les épidémies en général, en créant une organisation médico-sanitaire fonctionnant partout à titre permanent.

Mais il existe un autre côté de la question que nous ne pouvons passer sous silence.

Beaucoup d'efforts se heurtent contre la profonde ignorance de la partie pauvre du peuple russe. Dans les endroits où l'épidémie a débuté, certaines mesures recommandées par les médecins relativement à la défense de la vente des produits alimentaires avariés, des fruits insuffisamment mûrs, etc... ont excité contre nos confrères la haine des marchands, de même que le nettoyage, la désinfection forcés des maisons, l'isolement des malades, ont soulevé contre eux le reste des populations. Les mécontents répandirent des bruits stupides fondés principalement sur l'idée que l'épidémie est avantageuse aux médecins qui l'ont imaginée pour s'enrichir. Le moujik ne comprend que les causes de contagion brutalement tangibles ; aussi a-t-il accepté avec enthousiasme la vieille explication disant que la maladie vient des médicaments empoisonnés prescrits dans les hôpitaux par les médecins... Et alors, à Bakou, à Astrakhan, à Saratov, à Khvalinsk, de terribles scènes ont éclaté contre le personnel médical, plus sauvages encore que celles qui ont eu lieu en Italie en 1837 et dans ce même pays et en Espagne en 1884... Le *Progrès médical* a donné tous les détails de ces colères insensées qui poussèrent la populace à brûler les hôpitaux et les baraques, à disséminer les cholériques dans les rues, à persécuter les médecins dont les uns furent à demi tués, les autres assassinés. A Astrakhan, le Dr Sokolov a eu le crâne fendu ; à Khvalinsk, le Dr Alexandre Moltschanov a subi, le 12 juillet, un véritable martyre.

Tous ces faits donnent terriblement à réfléchir. Non seulement le médecin meurt dans la lutte avec les épidémies pour sauver les autres ; il doit avoir encore en perspective une autre mort, une mort de martyr, de la main de ceux-là même qu'il cherche à sauver, en risquant sa santé, sa vie et celle de sa famille... Et pen-

dant que ces horribles assassinats ont lieu, la liste des médecins russes morts victimes de leur devoir augmente de plus en plus : à Nijni-Novgorod, le docteur Jacques Idelson ; à Mezinak, Verbitzki ; à Bakou, Archanguelski ; à Samara, Pavlov ; à Erivan, Novikov ; à Samarkand, Dmitrovski. Et combien d'autres encore donneront leurs vies pour accomplir leur mission humanitaire au milieu de tant de conditions défavorables, dont la plus cruelle pour eux est l'ignorance et l'ingratitude criminelle des populations auxquelles ils se dévouent.

Pour remédier à ce dernier mal, un devoir s'impose : organiser d'une façon permanente l'instruction des masses populaires, montrer à ces masses en temps ordinaire quelles sont les meilleures méthodes pour limiter et faire disparaître les épidémies, leur démontrer qu'entre autres l'isolement est une des mesures capitales et les débarrasser petit à petit des préjugés qui pèsent sur elles depuis des siècles et qui les affolent chaque fois qu'une épidémie éclate.

Ainsi donc, un fonctionnement permanent du service médico-sanitaire, une organisation et une expansion de l'instruction populaire, telles semblent être les meilleures armes que la Russie a le devoir d'employer pour lutter contre le retour de semblables fléaux.

D[r] J. ROUBINOVITCH.

Science et Miracles.

Ces derniers jours, les journaux ont été remplis d'interwiews des plus curieuses, mettant en jeu la Médecine et la Science, les Médecins et les Savants. M. Zola s'était rendu à Lourdes, s'était intéressé aux fameux miracles de ce beau pays et n'avait pas hésité à lancer ses multiples impressions aux quatre coins du monde. Ces déclarations ont ému les croyants... et un journaliste sceptique. Les Fidèles ont répondu. On permettra bien à l'autre cloche de faire entendre quelques sons, assez discordants.

A l'occasion de ces Miracles — mot que ne prononcent jamais, paraît-il, les médecins de Lourdes ! — on a cité des noms, mis en avant des titres, pour montrer que le service médical du grand bureau des pèlerinages pyrénéens était organisé de la façon la plus parfaite, que les guérisons les plus fantastiques étaient sévèrement contrôlées par les praticiens les plus dignes de foi...

Il me semble qu'il y a là beaucoup de bruit pour rien, et que la dite agence de contrôle, — si nécessité il y a à en exercer un, — pourrait être montée de manière à se mettre à l'abri de toute critique. Quel est son but en effet? Permettre à tous les gens compétents de voir nettement ce qui se passe à Lourdes. Y réussira-t-on jamais ? Y comprendra-t-on jamais quelque chose dans ces plongeons plus ou moins salutaires ? C'est douteux, d'autant plus qu'il y a des gens qui sont payés pour qu'on y comprenne le moins possible.

Y verra-t-on jamais clair dans ce capharnaum d'éclopés et d'hystériques ? Je ne crois pas m'avancer trop en prétendant, sans ambages, que tel n'est pas l'avis de la majorité des esprits éclairés. La Science n'a qu'à sortir de la Grotte où la Foi est entrée... Et, comme M. Zola, je me permets de rester incrédule, même devant les affirmations d'un ancien collègue d'internat.

Pour ne pas sortir du domaine qui m'est familier, je veux laisser de côté ce qui a trait à l'hystérie. D'ailleurs, en l'espèce, Lourdes a le beau rôle, et le pèlerinage a vraiment du bon. Il ne servirait à rien de nier l'évidence. Tous les neuropathologistes sont aujourd'hui fixés sur ce point. L'Hystérique, comme chacun sait, est un animal capricieux, le plus désagréable, le plus néfaste qu'ait jamais enfanté la Terre. Tout peut agir sur lui — ou ne peut agir — suivant les circonstances. Le contrôle est ici impossible ou tout au moins impraticable. Ne nous attardons pas sur ce terrain : nous serions roulés. Laissons Lourdes guérir les coxalgies hystériques et autres affections articulaires du même acabit : cela débarrassera les médecins de clients ennuyeux. Souhaitons tous que nos hystériques soient croyants : la partie sera bien prêt d'être gagnée. Nous savons comment agit la source bienfaisante. Estimons-nous heureux d'avoir trouvé en elle un succédané de la douche, à la portée d'une foule de gens.

Mais, en ce qui concerne la guérison des affections chirurgicales, d'une altération invétérée d'un os, je tiens à dire un mot, même en présence d'allégations émanant d'un membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

Comme M. Zola, je demande qu'on *photographie* ces malades, que des médecins affirment avoir vu guérir sous leurs yeux, et qu'on les photographie, *avant*, *pendant* et *après*. Je veux une photographie à l'arrivée du train, à l'entrée dans l'eau, à la sortie du bain, puis six mois après. Je veux une observation scientifiquement prise, pour qu'il n'y ait pas de duperie possible. En pareille matière, il faut tout redouter. Que ne doit-on pas penser, en effet, de gens qui trouvent que la photographie n'est pas capable de renseigner sur l'existence ou non d'une fistule cutanée ? Certes, un négatif et son épreuve positive ne vous donnent pas les couleurs ; certes, un objectif vissé au fond d'une chambre noire ne permet pas de voir à travers un mur ce qu'il y a derrière, de voir au travers de la peau si l'os sous-jacent est plus ou moins atteint; mais des photographies en série suffisent amplement pour l'étude des phases successives de l'évolution d'une plaie superficielle. Pourquoi dès lors récuser à l'avance, comme on l'a fait, les services qu'un photographe peut rendre à ceux qui ne recherchent que la Vérité, si ce n'est pour empêcher qu'on ne rencontre cette dernière au bord de la source elle-même...

On vient nous conter qu'une malade, Clémentine Trouvé — tous les journaux ont publié son nom — atteinte d'une lésion chirurgicale *ancienne*, d'une *affection osseuse* remontant *à trois ans*, d'une *carie du calcanéum avec fistules*, en un mot, est sortie radicalement guérie, *en quelques minutes*, du bain d'eau sacrée ! En un instant, plus de fistule, plus de carie ! Et il y a un médecin, ancien interne des hôpitaux et membre correspondant de la Société de Chirurgie — le bureau tient à ce qu'on n'oublie pas ces titres — qui ne craint pas d'affirmer chose pareille. Que doit penser la *Société de Chirurgie* ?

Il y a, paraît-il, à Paris, une commission de dix médecins, présidée par un *médecin des hôpitaux* (je regrette de ne pas savoir son nom, car je vous le dirais) qui examine tous les malades avant leur départ pour Lourdes, délivre des certificats détaillés, envoie là-bas des dossiers très complets. Soit ! mais où siège-t-elle et opère-t-elle *publiquement*, au départ et à l'arrivée des pèlerins ? Je demande à voir ! Réexamine-t-elle bien les malades, à leur retour des eaux... saintes ? Il est permis, jusqu'à plus ample informé, d'avoir quelques doutes.

On répète, en outre, de tous côtés: « Mais il vient à Lourdes des anciens internes des hôpitaux, des membres de l'Académie, des professeurs des Facultés de médecine, etc., etc. » D'abord, je réclame des noms. Puis, je ne doute pas que des membres de l'Académie de médecine ne soient allés à Lourdes! On a bien vu, en 1890 ou 1891, un Ministre français, Président du Conseil, se faire soigner par un rebouteur! Soit! Ils y sont allés, à Lourdes. Qu'en ont-ils rapporté? Qu'ils publient donc — pourquoi ne pas oser, en l'espèce, car toute croyance est respectable — ce qu'ils ont vu, ce qu'ils ont retenu de leur expédition scientifico-religieuse! Malheureusement si le Midi remue, ceux-là ne bougent guère! N'est-ce pas suffisamment significatif? Il est naïf peut-être de répéter tout cela; il fallait pourtant le redire, pour qu'on nous laisse un peu tranquille avec ces prétendues guérisons extemporaires d'affections chirurgicales anciennes.

Il est inutile d'insister plus longuement sur le cas de Clémentine Trouvé: Pas de photographie, pas de témoignage probant, irrécusable. L'observation a dû être prise avec une légèreté exemplaire, si tant est qu'elle ait été rédigée, car les racontars semblent d'un vague et d'un flottant... Bref, elle est de nulle portée. Et il faudra d'autres faits que celui-là pour entraîner la conviction des hommes de science. Ce n'est pas la garantie fournie par l'écharpe d'un maire ou la plaque d'un garde champêtre que nous demandons. Ce n'est pas un certificat banal, rédigé à la hâte, sans précision suffisante, que nous voulons. C'est une enquête sérieuse, c'est une observation scientifique avec preuves matérielles.

Et si j'étais directeur d'un grand journal roulant sur l'or, comme certain — c'est par là que je veux en finir avec Lourdes — j'aurais à cœur d'envoyer sur ces lieux bénis, au moment des grands pèlerinages, un ou deux journalistes médicaux, habitués à observer vite et bien, à prendre des notes d'une façon scientifique; je voudrais ensuite publier les nombreux documents qu'ils auraient rapporté de leur lointain voyage à la recherche de la Vérité. Ce serait une MISSION SCIENTIFIQUE comme une autre. En pareille matière, en effet, il ne faut rien attendre des pouvoirs publics, des corps constitués, des Sociétés Savantes, des Académies, attachés aux rivages de la science officielle. C'est à l'initiative privée, à une énergique intervention individuelle qu'il faut songer. Qui donc osera prendre les devants? Il y a là pourtant une bonne action à faire, au point de vue social, j'entends. Ce serait un solide titre de gloire pour le Mécène qui pourrait solder la note et aurait le courage de prendre la responsabilité d'une enquête semblable. *Res, non verba*. Qu'il se montre, qu'il agisse ce Bichofsheim de la médecine, et nous applaudirons des deux mains.

Malheureusement, en attendant que ce nouveau Messie se lève, les journaux quotidiens enregistreront bien des miracles et le mieux sera désormais de les laisser faire.

Marcel BAUDOUIN.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Par décision ministérielle, en date du 29 août, une médaille d'argent de deuxième classe a été donnée pour faits de sauvetage à M. DIFFRE, docteur en médecine à Palavar.

NOMINATIONS. — M. POINSOT, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, qui depuis huit ans a fait bénévolement à l'Asile clinique le service dentaire qu'il y a créé, vient de recevoir la consécration officielle de ses services, par sa nomination au titre de dentiste de l'asile Sainte-Anne. Les consultations externes auront lieu tous les mercredis matin, à 9 heures.

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOLOGIE

Lundi 29 août eut lieu l'ouverture officielle de ce Congrès, qui réunit à Liège les plus hautes sommités de la science physiologique: plus de 150 adhérents ont pris part à la première séance. Citons, parmi les étrangers, MM. Chauveau, de Paris, Holmgren, d'Upsal; Burdon Sanderson, de Londres, le doyen des physiologistes anglais; Rosenthal, d'Erlangen, universellement connu dans le monde scientifique par ses études sur la calorimétrie; Engelman, d'Utrecht; Kronecker, de Berne, etc., etc.

Les congressistes se sont réunis à 8 heures 1/2 du matin, dans le grand auditoire de l'Institut zoologique. M. Léon Frédéricq, le savant professeur de physiologie de notre Université, prend la parole. En quelques mots éloquents, sortis du cœur, il souhaite à tous la bienvenue en notre bonne ville de Liège.

« Il est dans les habitudes, Messieurs, dit-il, de voir toujours un Congrès s'ouvrir par une réception officielle et, de fait, l'Administration communale de Liège s'était mise à notre entière disposition pour vous recevoir. C'est à la demande expresse des membres du Comité organisateur, désireux de voir conserver à nos travaux un caractère exclusivement scientifique, qu'elle a renoncé à son projet. Je me hâte d'ajouter que la Ville a tenu à nous octroyer un subside pour l'organisation matérielle du Congrès; elle a droit à toute notre reconnaissance.

« Le gouvernement et l'Université, d'autre part, ont mis à notre disposition les locaux des Instituts; M. Edouard Van Beneden, professeur de zoologie, aurait voulu vous faire lui-même les honneurs de ses installations; un deuil récent l'en a malheureusement empêché. »

M. Frédéricq termine son discours d'une façon charmante, en un langage tout à fait polyglotte; s'exprimant alternativement en français, anglais, allemand et néerlandais, il offre ses souhaits de bienvenue aux participants. Et ce n'est pas la partie la moins applaudie de son allocution.

L'honorable organisateur du Congrès prie ensuite M. Holmgren, professeur à Upsal, de bien vouloir venir occuper le fauteuil présidentiel et ouvrir la séance.

Le Congrès procède à la nomination de son Comité directeur. Sont élus comme présidents, MM. Chauveau, de Paris, et Burdon-Sanderson, d'Oxford; en qualité de secrétaires, MM. Jacoby, de Strasbourg; Shore, de Cambridge, et Wertheimer, de Lille.

La parole est ensuite donnée à M. Léon FRÉDÉRICQ, qui, au nom de M. L. Hermann, de Königsberg, fait une intéressante communication sur la photophonographie; cette lecture est écoutée avec un vif intérêt.

M. STARLING, de Londres, rend compte de ses travaux « sur le sort de la peptone dans le sang et la lymphe. »

M. ROSENTHAL, professeur à Erlangen, fait la démonstration de son nouveau calorimètre; sa communication, fort intéressante, écoutée avec le plus vif intérêt, donne lieu à un échange d'observations entre l'auteur et MM. Cremer, Kronecker et Frédéricq.

M. HALLIBURTON, de Londres, entretient le Congrès de ses travaux sur les nucléo-albumines.

M. MAX CREMER, de Munich, rend compte de ses expériences d'alimentation avec de nouveaux sucres.

M. LANGLOIS, de Paris, fait une communication intéressante sur les fonctions des capsules surrénales.

M. MORAT, professeur à Lyon, donne une conférence sur certains ganglions dans le cerveau du chien; cette conférence, appuyée de dessins fort bien exécutés, est écoutée avec grand plaisir par le public éclairé des physiologistes.

M. HAMBURGER, d'Utrecht, communique le résultat de ses recherches sur l'isotomie et la perméabilité des corps rouges

Mme Céline MURO-RENOOZ, d'Issy (car le sexe faible a tenu aussi à honneur d'apporter sa quote-part aux travaux physiologiques), donne lecture de son Mémoire sur les lois générales de l'évolution physiologique et les méthodes qu'il faut

employer pour les déterminer. Sa communication, fort applaudie, ne donne lieu à aucun échange d'observations.

La séance est levée à midi, pour être reprise à 2 heures 1/2.

Séance de l'après-midi.

La séance a eu lieu dans les magnifiques locaux de l'Institut de physiologie, dont les aménagements ont été fort admirés, et à bon droit, par tous les congressistes. A citer cette phrase typique d'un savant allemand, professeur à l'Université de Strasbourg, une ville, cependant, célèbre par le luxe de ses installations universitaires : « Les Instituts que je connais ne sont que des chambres d'enfants à côté de celui que je viens de voir. »

Et de fait, il y avait hier sur ce point un accord unanime ; Liège peut être fière de son Institut de physiologie, et doit des remerciments au savant professeur qui l'a organisé, en ses moindres détails, avec une telle autorité, une telle entente des exigences de la science moderne.

Grâce à l'excellente disposition des locaux mis à la disposition des membres du Congrès, chacun des nombreux professeurs étrangers ayant à faire des communications expérimentales a pu jouir d'un emplacement distinct, le mettant à même de faire tout à l'aise les préparatifs de sa démonstration.

M. HURTHLE, de Breslau, a exposé, avec expériences à l'appui, l'enregistrement des bruits mécaniques du cœur, chez l'homme au moyen du téléphone.

M. WEDENSKI, de Saint-Pétersbourg, s'est servi du même appareil pour démontrer les courants d'action des nerfs également chez l'homme.

M. SHERRINGTON, de Londres, fait une communication très intéressante sur certains effets de l'excitation de la moelle épinière.

M. WERTHEIMER, de Lille, démontre expérimentalement le rejet, par le foie, de la bile introduite dans le sang et l'action vaso-dilatatrice de la strychnine.

M. LAULANIÉ, de Toulouse, expose un cardiographe nouveau.

En dernier lieu, M. LANGLOIS, de Paris, au moyen du calorimètre de d'Arsonval, montre les variations de la radiation thermique dans la maladie pyocyanique ; sa communication est écoutée avec le plus grand intérêt.

Aujourd'hui, à 8 1/2 heures du matin, le Congrès se réunira de nouveau au grand auditoire de l'Institut de zoologie, pour y entendre des communications. L'après-midi, réunion à l'Institut de physiologie, pour démonstrations et expériences.

2e JOURNÉE. — MARDI 30 AOUT.

Séance du matin.

Les membres du Congrès se réunissent, à 8 heures et demie du matin, au grand auditoire de l'Institut de zoologie ; ils procèdent à l'élection du bureau pour la journée ; sont élus : président, M. Kühne ; secrétaires, MM. Olivier, Gotlieb et Gotch.

M. HOLMGREN présente, au nom de M. Bowditch, de Boston, une série de photographies qui synthétisent des groupes. L'auteur photographie individuellement un certain nombre d'individus offrant certains traits de ressemblance. Il superpose ensuite les clichés et, par diverses transformations, arrive à tirer une photographie unique, qui présente le type idéal de tous les individus d'abord pris séparément.

M. L. OLLIVIER, Paris, fait une très intéressante communication sur les méthodes pour déceler la continuité du protoplasme chez les êtres vivants.

M. R. BRADFORD, Londres, parle de ses travaux sur les fonctions des reins.

M. SCHAFER, de Londres, entretient l'auditoire de ses recherches sur la localisation cérébrale ; il aborde ensuite l'étude de la structure du muscle et appuie la dernière partie de sa démonstration par de très réussies projections à la lumière électrique.

A ce propos, les progressistes ont beaucoup admiré la façon rapide avec laquelle on peut obscurcir complètement le grand auditoire. Cette pièce immense, largement éclairée par le haut et par des fenêtres de coté, est plongée dans l'obscurité la plus complète, au moyen de rideaux noirs, en 57 secondes, montre en main. C'est absolument machiné comme un truc de théâtre.

M. VITZON, de Bucharest, succède à M. Schäfer ; le professeur roumain aborde, dans une savante étude, d'abord : les centres cérébro-visuels chez le chien et le singe ; ensuite, les effets de l'ablation totale en un temps d'un hémisphère cérébral chez le chien.

M. VERHOOGEN traite le sujet suivant : Alcaloïdes et foie.

M. WERTHEIMER : Pigment et foie.

M. SHERRINGTON, Londres, présente des préparations qui ont pour objet de démontrer quelques points intéressants sur la structure et les propriétés des leucocytes du sang du chien. Il appuie sa démonstration par d'admirables projections à la lumière électrique.

La séance se termine par de fort intéressantes démonstrations microscopiques dues à MM. Schäfer, de Londres ; Sherrington, de Londres ; Loew, de Munich ; Bordet et Massart, de Bruxelles.

Les membres du Congrès se séparent en commentant avec ironie la conduite fort peu vaillante de plusieurs adhérents, qui, on l'affirme du moins, n'auraient pas osé venir assister aux travaux du Congrès par crainte du choléra. Il paraît que les journaux étrangers sont pleins de récits terrifiants : notre malheureuse ville est la proie d'une épouvantable épidémie ! Qui s'en douterait ici, n'est-ce pas ?

Séance de l'après-midi.

M. CHAUVEAU, l'illustre professeur de Paris, fait une magistrale conférence, appuyée d'expériences et de projections lumineuses, au sujet de ses études cardiographiques sur le cheval. S'exprimant avec une rare élégance, un grand souci de la clarté d'exposition et une exactitude parfaite, il soulève à diverses reprises les applaudissements de son auditoire. M. Chauveau, au cours de son entretien, remercie avec une bonne grâce toute française M. Léon Frédéricq et ses collaborateurs.

M. GRÉHANT, de Paris, compare les résultats que fournissent l'endiomètre à eau et le grisoumètre de Coquillon dans la recherche et le dosage du grisou. Il estime que l'endiomètre fournit des renseignements plus précis. Il serait bon d'établir dans chaque mine de charbon un laboratoire d'essais qui permettrait de dresser des courbes indiquant la proportion de grisou qui se dégage dans diverses parties des galeries d'une mine et d'où pourrait partir un système d'avertisseurs.

MM. Gréhant et Martin, de Paris, ont étudié l'action physiologique de la fumée d'opium sur le chien ; il résulte de leurs observations que la fumée d'opium, qui, chez l'homme, agit d'une façon des plus actives sur le système nerveux, a peu d'action sur le chien.

M. WEDENSKY, de Saint-Pétersbourg, a continué ses fort intéressantes démonstrations téléphoniques, d'abord sur les courants d'action du nerf, ensuite sur les changements électrotoniques de l'excitabilité des nerfs.

M. SHERRINGTON, de Londres, avait aussi recommencé ses démonstrations sur l'innervation du gros orteil chez le singe. Plusieurs autres membres du Congrès, dont le nom nous échappe malheureusement, car il aurait fallu avoir hier le don d'ubiquité pour assister à tout, ont aussi montré à leurs collègues des choses fort nouvelles et fort intéressantes.

Le Congrès terminera ce soir son œuvre scientifique ; il déposera alors la gravité dont il a fait preuve et ses membres se réuniront en un grand banquet au foyer du Théâtre-Royal.

3e JOURNÉE. — MERCREDI 31 AOUT.

Séance du matin.

Le Congrès se réunit à 8 h. 1/2 du matin, au grand auditoire de l'Institut de zoologie ; il procède à la nomination des présidents et secrétaires du jour. Sont élus, comme présidents, MM. Wedensky, de Saint-Pétersbourg, et Grigorescu, de Bucharest ; en qualité de secrétaires, MM. Delsaux (suppléant M. Corin), Hamburger, d'Utrecht, et Reid, de Dundee.

M. CYBULSKY, de Cracovie, fait une communication sur l'excitation des muscles par le condensateur.

A propos de cette communication, M. Mendelssohn, de Saint-Pétersbourg, fait remarquer que le procédé n'est pas nouveau et qu'il l'a vu employer en France dans les laboratoires de MM. Chauveau et Arloing et par M. d'Arsonval.

M. Hedon, Montpellier, fait part au Congrès de ses recherches et expériences nouvelles sur les fonctions du pancréas ; dans un langage sobre, précis et élégant, le jeune et savant professeur français décrit les procédés qu'il emploie pour arriver à la greffe du pancréas. Il résulte de ces recherches un fait nouveau: la glycosurie pancréatique a été attribuée à des lésions nerveuses, mais les faits de greffe pancréatique viennent renverser cette manière de voir. Cette communication soulève de vifs applaudissements.

M. Gotch, de Liverpool, parle de la température et de l'excitabilité.

M. Burdon-Sanderson, Oxford, fait une longue et très savante conférence sur la photographie de l'électromètre ; cette causerie scientifique, appuyée de projections lumineuses, obtient un vif succès.

M. Léon Frédéricq fait une expérience des plus intéressantes et montre un fait d'autotomie sur le crabe; si on saisit ce crustacé par une patte et qu'on le soulève, rien d'anormal ne se produit. Si, au contraire, on sectionne cette patte à son extrémité, le crabe opère *lui-même* la section par une contraction musculaire et se sépare du membre, sacrifiant ainsi la partie pour sauver le tout. M. Léon Frédéricq montre aussi le degré de résistance musculaire du crabe: opérant sur un crustacé mort, il attache au corps de l'animal un plateau de balance, qu'il charge de poids; il saisit ensuite le sujet par une patte et soulève le tout; ce n'est que sous un poids de 4 kilog. 1/2 que la rupture se produit. Cette démonstration est vivement applaudie.

M. Jacoby, Strasbourg, rend compte au Congrès de son travail sur le sens de la force.

M. Bayliss. Londres, traite avec une concision toute anglaise et une grande compétence de la physiologie si complexe du nerf dépresseur.

M. Doyon, de Lyon, donne un aperçu nouveau sur la nature intime du poison sécrété par le bacille du tétanos.

M. Arloing, le savant professeur de Lyon, fait passer sous nos yeux des cardiogrammes extrêmement intéressants, en ce qu'ils permettent d'identifier certaines contractions du cœur avec un véritable tétanos musculaire. D'autres graphiques montrent une dissociation dans l'activité des deux ventricules, fait très contesté encore à l'heure actuelle, mais que M. Heger, de Bruxelles, confirme également, en se basant sur les expériences de son élève, M. Bayet.

M. Wedensky, de Saint-Pétersbourg, démontre que le nerf, contrairement au muscle, peut être excité pendant plusieurs heures sans subir la moindre fatigue.

M. Verwoorn, de Iéna, fait une longue et savante dissertation sur les effets du courant galvanique sur différents organismes mono-cellulaires.

M. Slosse (Bruxelles), aborde l'étude des fonctions du corps thyroïde ; pas plus que M. Moussu, d'Alfort, il ne parvient à des conclusions certaines dans cet épineux problème. Mais cela lui fournit l'occasion de critiquer savamment les procédés de M. Bouchard pour l'étude de la toxicité urinaire.

La séance est levée à 1 heure.

Séance de l'après-midi.

A. — Séance plénière du Congrès.

Le Congrès se réunit en séance plénière, à 2 h. 1/2, dans l'auditoire de physiologie, sous la présidence de M. Frédéricq. L'ordre du jour porte : « Propositions touchant le lieu, l'époque et l'organisation du prochain Congrès international de physiologie. — Nomination du Comité organisateur du prochain Congrès. »

L'Assemblée décide que la prochaine réunion du Congrès se tiendra dans trois ans à Berne. Elle élit comme secrétaire général du Comité organisateur M. Kronecker, professeur à Berne, et comme secrétaires MM. Arloing, de Lyon ; Sherrington, de Londres, et Exner, de Vienne.

B. — Démonstrations et expériences.

M. Waller, de Londres. — Dans un français très pur, le savant anglais fait part de ses observations myothermiques sur l'homme ; cette conférence, fort claire et appuyée par des projections lumineuses, offre un vif attrait et est écoutée avec beaucoup d'attention. Elle porte, en effet, sur des faits nouveaux et fort intéressants, aussi l'orateur est-il très applaudi.

Il a analysé l'élévation de température produite par l'action musculaire sur l'homme en ses deux facteurs : 1° vasculaire, 2° musculaire proprement dit. Celui-là est de beaucoup plus considérable. La contraction volontaire produit une élévation plus grande qu'une contraction artificielle d'égale valeur dynamique.

M. Grigorescu, de Bucharest, a examiné par la méthode graphique l'action des substances toxiques et médicamenteuses sur l'excitabilité des muscles et des nerfs périsphériques. Il a découvert que quelques-unes de ces substances provoquent une excitabilité très discordante pour les nerfs moteurs, les muscles et les nerfs sensitifs. En opposant ces discordances, il est parvenu à découvrir que le buthyle chloral est un antidote énergique de la strychnine ; il a pu ainsi guérir des grenouilles intoxiquées, même par 5 milligrammes de strychnine.

M. Gotch (Liverpool) montre par de très intéressantes et délicates expériences l'influence de la température sur l'excitabilité des nerfs de mammifères.

M. Cybulsky, de Cracovie, montre l'application du condensateur à l'excitation des muscles et des nerfs.

M. Paton, d'Edimbourg, fait une démonstration microscopique sur les globules cristallins de l'urine.

C. — Présentation d'appareils.

M. Lahousse, professeur à Gand, présente un modèle des centres nerveux ; cet appareil de démonstration, très complet, est fort apprécié par les physiologistes présents. La démonstration donne lieu à un échange d'observations entre l'auteur et M. Frédéricq.

M. Laulanié, de Toulouse, présente un appareil dérivé du principe fondamental de celui de Petenckof, mais dans lequel le dosage des gaz se fait sur un échantillon prélevé sur le courant de sortie, au moyen d'une prise continue et uniforme. Ces caractères de la prise font que l'échantillon est chimiquement identique à la masse d'air ayant traversé l'enceinte habitée par l'animal. Il présente, en outre, un manomètre inscripteur universel fort ingénieux, dont le mérite principal réside dans le flotteur, qui est fait d'un cylindre de bougie. Ce petit instrument peut être appliqué à l'inscription des variations de la température, de l'exhalation de la vapeur d'eau par les animaux, de l'excrétion salivaire, du quotient respiratoire, etc.

M. Rosenthal, Erlangen, expérimente son célèbre calorimètre et en fait ressortir les grands avantages au point de vue physiologique. Cette communication obtient un succès d'autant plus vif qu'à l'heure actuelle la calorimétrie est à l'ordre du jour chez les physiologistes.

M. Morat, de Lyon, présente son appareil enregistreur pour les expériences de physiologie et cumulant les fonctions diverses des enregistreurs particuliers construits jusqu'à ce jour (inscriptions myographiques, manométriques, thermométriques, etc., etc.). M. Morat montre ensuite d'autres appareils annexes, entre autres un appareil manométrique.

Ces instruments, construits sur les plans et indications de M. Morat, font grand honneur à leur constructeur, M. Trenta, de Lyon.

La séance est levée à 6 heures.

Le Banquet.

Les congressistes se réunissent à 7 heures du soir, en un banquet de 120 couverts, au foyer du Théâtre-Royal ; il est temps, n'est-ce pas, de quitter un tantinet la gravité austère de la science et de parler d'autre chose que de physiologie.

A la table d'honneur se trouvent M. Holmgren, d'Upsal, président du Congrès, ayant à sa droite M. Léo Gérard, bourgmestre de la ville de Liège ; à sa gauche, M. Léon Frédéricq. MM. Burdon Sanderson, d'Oxford ; Kronecker, de Berne ; Kuhne, de Heidelberg, et Delbœuf, professeur à notre Faculté de philosophie. Les convives font largement honneur à l'ex-

cellent menu préparé avec les soins que Mme Bodson Vosse sait apporter à l'art culinaire :

Potage oxtail.
Bouchée à la Reine.
Saumon à la hollandaise.
Filet de bœuf Godard.
Petits pois.
Poularde du Mans.
Lièvre compote.
Ecrevisses liégeoises.
Glaces.
Fruits et dessert.

Les vins, exquis, sortaient des caves de la maison Beaujean-Soetemans.

L'heure des toasts ayant sonné, M. Holmgren se lève, prenant la parole en anglais, il porte la santé du Roi, ce premier magistrat d'un peuple libre, comme il le dit si bien. Le toast de l'honorable président est salué de vifs applaudissements et de cris : « Vive le Roi ! »

M. Dastre, professeur de physiologie à Paris, dans un langage d'un charme tout français et d'une grande éloquence, lève son verre à la santé de M. Léo Gérard « le chef de la libérale cité de Liège, de cette ville célèbre entre toutes par ses luttes pour la liberté. Nous avons refusé toute réception de la part de l'Administration communale, Messieurs ; nous avons voulu un Congrès... monacal, nous l'avons eu. Mais nous devons une grande reconnaissance à la ville de Liège, que je personnifie en son premier magistrat : je bois à M. Léo Gérard. » (Tonnerre d'applaudissements.)

M. Léo Gérard remercie d'abord M. le président de son toast au Roi : il remercie ensuite M. Dastre de ce qu'il a dit de l'Administration. Celle-ci a été fort heureuse de voir le choix du Congrès se porter sur notre Université pour la session de cette année. M. Gérard boit aux progrès et à la prospérité de la science physiologique. Ce toast est vivement acclamé.

M. Kuhne porte (en allemand) la santé de M. Frédéricq, l'organisateur du Congrès ; il rappelle la beauté des installations de l'Institut de Liège, œuvre de M. Frédéricq. Ces installations ont mis les membres du Congrès à même de mener à bonne fin des travaux considérables. (Acclamations répétées.)

M. Frédéricq, très ému, remercie en d'excellents termes M. Kühne et l'assemblée ; il propose de boire à la santé de tous ceux qui, par leurs travaux, ont fait le succès du Congrès, en venant lui apporter l'appui précieux de leur science et de leur expérience.

M. Miescher, de Bâle, porte un toast aux collaborateurs de M. Frédéricq, et en particulier à son assistant, M. le Dr Delsaux, qui s'est multiplié pour venir en aide aux congressistes. Ce toast obtient un vif succès ; tous ceux, et ils sont nombreux, qui ont eu recours à M. Delsaux se lèvent, viennent l'entourer et le remercier.

M. Foster, de Cambridge, porte (en anglais) la santé de Mme Frédéricq, que tous regrettent de ne pas voir au banquet. (Tonnerre d'applaudissements).

M. Grehant, de Paris, tient à rappeler aux convives les facilités qui ont été données aux membres pour leurs travaux.

Mme Muro, en d'excellents termes, boit à la ville de Liège.

M. Kronecker (en allemand) boit à M. Van Beneden, professeur de zoologie à notre Université. (Vifs applaudissements.)

M. Langlois, de Paris, remercie, au nom de la presse scientifique, les membres du Congrès de leur extrême amabilité pour les journalistes.

M. le Président, enfin, boit à l'avenir de la physiologie.

L'animation est très grande : jeunes et vieux, Belges et étrangers, fraternisent, et ce n'est que bien tard que les convives se séparent.

Le 1er septembre, les congressistes ont visité les ateliers Cockerill, et, l'après-midi, l'Institut Montefiore, où ils ont entendu une conférence de M. Eric Gérard, son directeur et assisté à de très intéressantes démonstrations sur les courants alternatifs.

Le Congrès de physiologie s'est terminé le 2 septembre par la clôture de l'Exposition.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 septembre 1892. — Présidence de M. A. Larrey.

M. G. Sée continue sa communication sur le *régime et le traitement des albuminuriques*. La cure lactée est inutile dans l'albuminurie physiologique, dans l'albuminurie légère des cardiaques, mais elle est indispensable dans les hydropisies cardiaques avec ou sans albuminurie, dans les néphrites parenchymateuses aiguës, de la scarlatine, de la grossesse, etc. Les affections rénales des phtisiques, le rein amyloïde, le rein atrophié ne comportent pas la cure lactée. Dans les néphrites interstitielles, le lait ne sert guère que comme aliment mixte, mais insuffisant. Les œufs crus seuls doivent être défendus, mais non les œufs bien cuits en petite quantité. Les viandes blanches sont bonnes, ainsi que le poisson. Les viandes noires, au contraire, doivent être prescrites, car elles augmentent l'albuminurie. Le bouillon est également à rejeter complètement. Les légumes azotés secs peuvent être utilisés comme succédanés ou adjuvants du régime lacté. Les légumes verts, au contraire, ne sont pas assimilés, au moins en grande partie. Le beurre se digère mieux que les autres graisses et est nécessaire pour compléter l'alimentation. Les fruits crus ou mieux cuits peuvent être employés, mais les noix sont absolument contre-indiquées. L'alcool est nuisible, mais le café et le thé sont très utiles. La dose du lait doit être de trois litres au moins par jour. Pour le faire supporter, il n'y a guère que les préparations qui y réussissent, et encore pas toujours. La plupart des médicaments sont à rejeter : ni saignées, ni vésicatoires, ni sudoripares, ni diurétiques même, sauf peut-être la lactose. Il n'y a non plus aucun effet à attendre de la digitale, de la strophantine, etc., et le fer est nuisible. Il n'y a guère que les iodures et les sels de strontium (bromures, lactates et chlorures) qui donnent de bons résultats.

M. Millard (de New-York) fait une communication sur la *maladie de Bright*. La guérison ne peut être espérée quand les épithéliums sont atteints. Cependant, il y a des guérisons possibles quand la cirrhose est très limitée, ou qu'un seul rein est pris. L'orateur ne croit pas à l'albuminurie physiologique qui doit toujours avoir pour substratum une lésion rénale. L'albuminurie chronique liée à des lésions glomérulaires sans lésions des tubes ne guérit jamais. Dans la néphrite parenchymateuse, il y a encore moins d'amélioration possible que dans la néphrite interstitielle. La néphrite aiguë, la néphrite impaludique ou syphilitique guérit quelquefois. Dans les formes graves, M. Millard prescrit le repos au lit, le régime lacté et azoté léger. L'ergotine, la caféine, la digitale, l'arsenic donnent quelquefois de bons résultats.

M. G. Sée fait remarquer que l'albuminurie physiologique est aujourd'hui admise à l'étranger comme en France, et n'est même pas contestée en Amérique.

M. Charpentier fait un rapport sur la *symphyséotomie* à propos d'une observation communiquée par M. Porak. Au lieu de procéder de haut en bas, M. Porak procède de bas en haut. D'après ses expériences sur le cadavre, le rapporteur pense qu'en effet elle est ainsi plus accessible. Mais il n'est peut-être pas aussi utile d'attaquer la symphyse d'arrière en avant. En procédant d'avant en arrière, il suffirait d'introduire derrière la symphyse un écarteur ou une lame de plomb pour protéger les organes rétro-pubiens. Il est inutile d'employer la suture osseuse de Léopold ou la bande d'Esmark, et la compression avec un simple bandage par-dessus une forte couche de ouate suffit à produire le rapprochement de la symphyse et sa consolidation.

M. Delthil lit un travail sur l'*asepsie des voies respiratoires* pour laquelle il conseille les inhalations avec un mélange d'essence de térébenthine (350 gr.), essence de lavande (100 gr.), iodoforme (10 gr.), éther sulfurique (20 gr.).

P. Sollier.

CORRESPONDANCE

6 Septembre 1892.

Monsieur le Directeur en chef,

Dans l'avant-dernier numéro du *Progrès Médical*, vous avez publié le texte d'une petite pétition remise au Conseil municipal par M. Chassaing au nom du Conseil d'administration de l'Association syndicale des médecins de la Seine. Dans cette petition qui est un des premiers actes de cette association dans la lutte qu'elle a entreprise contre les Policliniques, le syndicat sollicite de l'Assemblée communale la suppression des subventions qu'elle accorde aux Policliniques, et fait valoir quatre raisons à l'appui de sa pétition. Je vous demande la permission de les examiner successivement et d'y répondre.

1° *Les Policliniques ont été fondées moins dans un but d'intérêt général que dans le but d'intérêt privé.* — Qu'en s'avez-vous? Ce n'est qu'une supposition que vous faites; pourquoi supposer le mal plutôt que le bien, et qui vous a permis d'apprécier ainsi les intentions que vous ignorez? Est-il donc impossible de trouver des gens qui ne dédaignent pas de s'occuper de l'intérêt général? Les membres du syndicat de la Seine en portant cette accusation sans preuves pourraient laisser croire que pour eux il est exceptionnel de rencontrer des gens qui sont guidés par d'autres mobiles que l'intérêt privé. S'ils avaient pris la peine de lire les noms des personnes qui sont à la tête de la Policlinique de Paris ils auraient vu qu'ils s'y trouvaient des hommes dont le désintéressement et le dévouement à l'intérêt général ne peuvent être contestés par personne. Notre président, nos vice-présidents, les membres de notre Conseil d'administration sont des hommes dont la vie tout entière a été consacrée au soulagement des misères publiques et privées ; nos médecins ont été choisis parmi ceux dont l'honorabilité professionnelle ne pouvait laisser aucune prise à la critique. Quel intérêt autre que l'intérêt général ont donc des hommes comme MM. Jacques, de Beaufort, Passant, etc., à donner sans compter leur temps et leur travail pour le développement et l'administration d'une œuvre comme la Policlinique? Quant aux médecins, chefs de service, leur intérêt personnel ne serait-il pas plutôt de ne pas faire partie de cette institution? Ils donnent leurs soins gratuits, dites-vous, à des gens aisés qui pourraient les payer; leur intérêt ne les engagerait-il pas plutôt à réclamer d'eux des honoraires? De plus l'agitation soulevée contre les médecins de la Policlinique par un certain nombre de leurs confrères ne va-t-elle pas à l'encontre de leurs intérêts les plus évidents? Ils sont spécialistes pour la plupart, si l'on arrive à les faire suspecter et à faire croire à beaucoup de médecins que la Policlinique leur est très préjudiciable, ceux-ci ne leur enverront pas de clients et il est présumable qu'ils verront le vide se faire dans leur cabinet.

Pour mon compte personnel, j'affirme qu'à l'heure actuelle la Policlinique n'a été la cause d'aucune amélioration dans ma situation matérielle : le seul intérêt que j'en aie retiré et le seul que nous visions, lors de la création, en dehors de l'intérêt général, est celui d'avoir à notre disposition un grand nombre de malades de façon à pouvoir augmenter la somme de nos connaissances scientifiques. Il n'est pas besoin d'insister sur ce point et tous les médecins dignes de ce nom me comprendront.

2° *En qualité de contribuables les médecins ne peuvent admettre que leurs deniers servent à favoriser des institutions qui leur portent un préjudice considérable.* — En supposant, ce qui est faux, je crois l'avoir prouvé, que les Policliniques portent un si grand tort au corps médical, cet argument, selon moi, serait encore sans valeur. Tous les intérêts particuliers lésés par des intérêts généraux plus élevés sont dans le même cas. Il n'est guère d'entreprises dirigées ou subventionnées par le gouvernement et les communes qui ne puissent encourir le même reproche. L'Etat, avec l'argent des contribuables, fait marcher des services de transports, de correspondances, d'instruction, etc.; les citoyens qui sont à la tête d'entreprises privées du même genre et sont ainsi en concurrence avec l'Etat contribuent de leurs deniers à la prospérité d'établissements adverses et se nuisent ainsi à eux-mêmes. Les communes, en installant des usines d'éclairage, des écoles primaires, secondaires et d'enseignement supérieur, et tant d'autres établissements demandent aux contribuables l'argent nécessaire à leur fonctionnement. Que dirait-on si les directeurs d'usines, d'établissements scolaires privés se refusaient a payer l'impôt sous prétexte que les institutions similaires aux leurs, placées sous la direction des villes, leur portent un préjudice considérable?

3° *Les bureaux de bienfaisance et les hôpitaux suffisent amplement à assurer le service des indigents.* — Voilà encore une affirmation qui est en contradiction avec tout ce qui a été dit jusqu'ici. Il n'est pas de session de Conseil municipal ou l'on ne vienne se plaindre de l'insuffisance de nos services d'assistance médicale. Les médecins des bureaux de bienfaisance qui sont, je crois, compétents dans la question, se plaignent de ne pouvoir remplir leurs fonctions qu'aux prix d'efforts surhumains. Quant aux hôpitaux il suffit d'avoir assisté à une consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, par exemple, où un médecin, dans l'espace de 2 heures, doit visiter 300 malades pour reconnaître qu'il y a là une pléthore telle que l'examen médical ne peut être aussi complet qu'il serait nécessaire.

Du reste, si l'Assistance médicale, telle qu'elle est organisée aujourd'hui, était amplement suffisante, pourquoi les pouvoirs publics s'occuperaient-ils constamment de l'améliorer, et verrions-nous chaque année augmenter le budget de l'Assistance publique?

4° *Le plus grand nombre des consultations est donné à des gens qui ne sont pas nécessiteux et il est immoral d'encourager ce genre de mendicité.*

En ce qui concerne la policlinique de Paris, qui me paraît surtout visée, je ne puis répondre qu'une chose, c'est qu'avant d'avancer un pareil fait, le rédacteur de la pétition aurait bien fait de prendre des renseignements plus exacts. Loin de donner le plus grand nombre de consultations à des gens qui ne sont pas nécessiteux et d'encourager ce genre de mendicité, nous faisons tous nos efforts pour n'accorder nos soins qu'aux vrais pauvres. Il est bien évident qu'il a dû arriver que des individus aisés, sans scrupules, ont pu réclamer et obtenir des soins réservés uniquement aux indigents, mais nos actes et nos paroles prouvent que nous mettons tout en œuvre pour réprimer cet abus et je puis affirmer que le nombre de ces faux pauvres devient de plus en plus restreint à la Policlinique et est, dans tous les cas, de beaucoup inférieur à celui qu'on constate dans les hôpitaux. Certes, je le regrette autant et même plus que les membres du syndicat, car j'en suis plus qu'eux la victime, que des personnes riches viennent, sous un deguisement, mendier auprès de nous l'assistance médicale ; mais est-ce une raison pour priver de secours la masse des vrais pauvres? Je ne le pense pas et, tout en faisant tous mes efforts pour éloigner de ma consultation les gens à l'aise, cela ne m'empêchera pas d'assister tous ceux qui me paraitront appartenir à la classe des pauvres honteux à laquelle s'interesse surtout la Policlinique de Paris.

On le voit, ces arguments ne supportent pas l'examen. D'ailleurs, le syndicat a pris la peine de se réfuter lui-même ; il vient de nous dire que les Policliniques étaient inutiles et que les bureaux de bienfaisance suffisaient amplement à assurer le service des indigents ; il ne faut pas aller bien loin pour lui voir exprimer l'opinion contraire et constater l'insuffisance des bureaux de bienfaisance et l'utilité des Policliniques. En effet, en lisant le compte rendu de la démarche faite par le Conseil d'administration du syndicat auprès de la Ve commission du Conseil municipal pour y soutenir sa pétition, nous y voyons que les pétitionnaires ont insisté sur l'utilité qu'il y aurait à *créer dans les établissements publics (maisons de secours des bureaux de bienfaisance) des policliniques en mettant à la disposition des médecins des bureaux de bienfaisance les instruments et le personnel nécessaires qui leur font, à l'heure actuelle, complètement défaut.*

Je ne m'attendais pas à trouver un pareil argument, en faveur de la thèse que je soutiens, dans la bouche de nos adversaires eux-mêmes. Les personnes impartiales auxquelles je m'adresse ne manqueront pas d'en tirer l'enseignement qu'il comporte. Cette contradiction est un nouvel exemple de l'injustice et de l'erreur vers lesquelles se laissent entrainer des esprits ordinairement pondérés lorsqu'ils n'écoutent que la voix de leur intérêt personnel.

Daignez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, avec mes remerciments pour votre hospitalité, l'assurance de mon respectueux dévouement.

Dr L. BUTTE.

LA FRÉQUENCE DES ABCÈS DU FOIE ET DE LA DYSENTÉRIE DANS L'ARMÉE DES INDES. — En comparant les statistiques médicales des divers corps de l'armée des Indes, en 1890, on constate que les abcès du foie y sont trente-cinq fois plus fréquent que dans les corps de troupes indigènes. Cette affection entre pour 7,6 pour cent dans la mortalité totale des premiers et pour seulement 0,2 pour cent dans celle des secondes. Au contraire la dysenterie cause 5 décès pour cent dans les régimenst européens et 7 pour cent dans les regiments indigènes.

NOMINATIONS. — Par décret en date du 1er septembre 1892, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer : *Au grade de médecin en chef* : MM. Boué et Geoffroy, médecins en chefs de la marine en retraite. — *Au grade de médecin principal* : MM. Dubergé, Masse, Orhoud Bestion et Caradec, medecins principaux de la marine en retraite. — *Au grade de médecin de première classe* : MM. Moulard et Arnaud, médecin de première classe en retraite. — *Au grade de pharmacien principal* : M. Castaing, pharmacien principal de la marine en retraite.

VARIA

Le Choléra.

Le *Progrès médical* a publié la semaine dernière des renseignements très détaillés sur la marche de l'épidémie cholérique. Nous allons cette semaine encore résumer, d'après les lettres de nos correspondants, ce qui s'est passé, jour par jour, dans les différents pays atteints par le fléau.

§ I. — Le Choléra en Europe.

En Allemagne.

Hambourg, 2 septembre. — L'état sanitaire est le même depuis hier.

La décroissanse de l'épidémie paraît devoir se maintenir.

La police fait exécuter avec la plus grande rigueur les ordonnances sanitaires. Les laitiers sont contraints à jeter le lait qui reste invendu à la fin de leur tournée.

Plusieurs voyageurs se plaignent de certains des appareils de désinfection employés, qui, disent-ils, fonctionnent si énergiquement qu'ils détruisent à peu près complètement les bagages qu'ils sont chargés de purifier. A l'anniversaire de Sedan, on n'avait arboré aucun drapeau, sauf aux édifices publics, à la poste et dans les gares. Partout des visages soucieux. Dans les rues latérales seulement un grand nombre d'enfants célèbrent, selon la coutume, la fête par des promenades et autres divertissements, sans se soucier autrement des voitures qui passent emportant les corps des victimes du fléau.

La nuit on est péniblement impressionné par la lente circulation des chariots attelés de quatre chevaux qui emportent chacun une quarantaine de cercueils jusqu'au cimetière d'Ohlsdorf.

Des chiffres de 626 cas et de 116 décès qui avaient été indiqués par l'office sanitaire de Berlin pour le 1er septembre, il convient de déduire 266 cas et 11 décès se rapportant à des jours précédents.

Le nombre des malades a été inférieur hier à celui d'avant-hier ; le nombre des décès a sensiblement diminué. Au total on a signalé jusqu'à présent 4,514 cas, dont 1,894 suivis de décès.

On constate une grande misère parmi les blanchisseurs des localités environnantes parce que le transport du linge sale est interdit de Hambourg, et que leur clientèle est presque exclusivement composée d'habitants de cette ville.

Depuis que les personnes émigrées de Hambourg ont disséminé l'épidémie dans tous les coins de l'Allemagne, on éprouve partout une vive appréhension en voyant arriver de pareils hôtes.

Aussi, la municipalité de Hanovre vient elle de réclamer que tous les voyageurs et les bagages soient désinfectés à leur sortie de Hambourg. Le Sénat de cette ville, à qui cette réclamation a été faite, ne paraît pas disposé à appliquer les mesures demandées.

Cette attitude des autorités à Hambourg soulève une réprobation générale.

Le nombre total des cas de choléra survenus jusqu'à présent à Hambourg s'élève à 5,095 et le nombre des décès à 2,139. L'épidémie ne décroît que lentement. On voit maintenant un plus grand nombre de transports de malades dans le centre et dans le quartier de l'Aloter, mais cependant on ne peut pas signaler une région où l'épidémie serait particulièrement violente ; les transports de malades proviennent de tous les quartiers. La police a décidé maintenant que tous les cas devraient lui être signalés.

Le Comité de secours, placé sous la direction de la Chambre de commerce, est en pleine activité; toutes les associations bourgeoises contribuent aux secours. On souscrit de grosses sommes et on prend soin des nombreux orphelins.

Les cadavres sont maintenant enterrés plus promptement.

Les renseignements officiels signalent 581 cas et 245 décès pour la journée du 2 septembre.

4 septembre.— Sur les cas de choléra et les décès notifiés depuis hier midi, 102 cas et 52 décès se rapportent à samedi, 261 cas et 191 décès à vendredi, 108 cas et 126 décès à jeudi, et 57 cas et 5 décès aux jours précédents en remontant jusqu'au 26 août. On a donc notifié depuis hier midi 528 cas et 379 décès.

Depuis le commencement de l'épidémie il y a eu 5,623 cas et 2,518 décès.

On a transporté samedi 325 malades et 197 morts; la diminution est de 45 pour les malades et de 12 pour les morts.

Le *Ober-Rhein Zeitung* publie une lettre d'un interne d'un hopital de Hambourg, d'après laquelle l'état des hôpitaux est épouvantable. Les malades sont jetés pêle-mêle dans les salles sans distinction ni de sexe, ni d'age, ils sont entassés comme des colis dans les gares de marchandises. Les morts sont enlevés et enterrés sans laisser trace de leur passage. C'est ainsi que les amis et les parents de morts ignorent le sort de ces malheureux.

5 septembre. — Les chiffres officiels signalent pour la journée du 4 septembre, 501 cas de choléra et 158 décès; ce qui porte à 6,124 le nombre des cas constatés depuis le commencement de l'épidémie et à 2,676 celui des décès. L'épidémie de choléra a causé des pertes énormes aux compagnies d'assurance sur la vie. Une de ces compagnies vient de suspendre ses paiements à la suite du nombre considérable des morts survenues parmi les personnes qui avoient contracté des assurances On croit que le Sénat est disposé à accorder un moratorium aux débiteurs qui ont souffert matériellement de l'édidémie.

Dimanche, la circulation a été très animée sur les promenades. La population reprend confiance et espère que la décroissance de l'épidémie fera encore de nouveaux progrès. Par suite du manque de place à l'orphelinat, on organise deux maisons d'école voisines pour y installer un grand nombre d'orphelins nouveaux. Les souscriptions ont produit jusqu'ici 185,000 marcs. On a interdit le transport des cadavres hors de Hambourg.

6 septembre. — D'après le bulletin officiel concernant le choléra, on a notifié le 5, à Hambourg, 674 cas de choléra et 264 décès; à Neuhof, dans le district gouvernemental de Lunebourg, 5 cas et 1 décès; à Wilhelmsburg, dans le même district, 5 cas et 2 décès; à Magdebourg, 1 cas et 2 décès; dans le district gouvernemental de Coblence, 2 cas.

D'après un rapport du Dr Koch c'est l'eau de l'Elbe qui a apporté les germes d'infection et a été cause que le choléra a éclaté dans le camp des émigrants russes. Ceux-ci ont été des victimes et non pas la cause de l'épidémie.

La commission du choléra au Sénat a consacré aujourd'hui une séance de plusieurs heures à l'examen des renseignements publiés par le bureau sanitaire.

Il a été constaté que le nombre de cas de maladie et de morts signalés, ne concordent pas avec les totaux fournis par d'autres sources. C'est pourquoi la commission s'est vue dans l'obligation de charger le président du bureau de statistique de procéder à une revision de tous les chiffres publiés jusqu'à ce jour, et de rendre compte à partir de demain des notifications qui lui sont adressées.

On avait annoncé qu'un moratorium allait être décrété à Hambourg, en raison de la perturbation apportée dans les affaires par le choléra. Ce projet, qui avait été généralement désapprouvé, est démenti.

7 septembre.— Il y a eu hier 702 cas et 333 décès. Contrairement à ce que disent les rapports officiels, le choléra augmente et plusieurs cadavres sont restés sans sépulture. On a notifié, d'hier midi à aujourd'hui midi, 702 nouveaux cas et 333 décès.

Berlin. — L'état sanitaire est le même ; il ne s'est produit aucun nouveau cas.

A Charlottenbourg, il y a eu un décès, celui d'une bonne d'enfant en service chez une dame Angerstein ; elle est morte hier.

Dans la ville de Stade et dans cinq localités du district gouvernemental du même nom, 6 cas et 2 décès; dans la ville de Hombourg et dans les localités du cercle du même nom, 5 cas et 5 décès; dans la ville de Clausthal, 1 décès; dans la ville d'Aken et dans une autre localité du cercle de Kalba, 2 cas; à Gross-Strechlitz (district gouvernemental d'Oplen), 2 cas et 1 décès; dans la ville de Bielefeld, 1 cas. Du 25 août au 1er septembre, il y a eu dans 7 villes et 5 villages du grand-duché de Mecklembourg-Schwérin 30 cas de choléra, dont 16 apportés du dehors et 9 seulement presumés, et 11 décès. A Brême, le 27 août, il y a eu 1 décès.

A Berlin, M. Kappel, jeune commerçant âgé de 20 ans, portait à l'établissement de désinfection le linge d'une personne arrivée de Hambourg, lorsqu'il a été atteint du choléra asiatique. La Steinstrasse, rue etroite par laquelle il avait passé, a été désinfectée avec le plus grand soin. On a egalement désinfecté le Sophiengymnasium, collège situé dans cette rue. Le conducteur d'un train express arrivé cette nuit de Hambourg a été transporté à l'hospice de Moabit, parce qu'on le croit atteint du choléra.

Dresde, 7 septembre. — A cause du choléra, le septième congrès général des luthériens a été ajourné.

Hanovre.

Hanovre, 4 septembre. — Les autorités viennent d'annoncer qu'il y a eu aujourd'hui un cas de choléra asiatique. Par ordre de la police, le local servant à la société de tir a été transformé en hopital pour les cholériques.

En Belgique.

Anvers, 1er septembre.— Le relevé d'hier, depuis le commencement de l'épidémie, c'est-à-dire du 19 au 31 aout inclus, s'élève à : Entrées 61; sorties 15; décès 20. Il reste en traitement 25 personnes. Hier il y a eu deux décès et aujourd'hui un.

Bruxelles, 2 septembre. — Les mesures interdisant l'importation et le transit par les frontières de terre et de mer des chiffons, hardes, objets de lingerie, vieux habits, etc., venant des pays

contaminés sont étendues à l'Allemagne, à la France et aux Pays-Bas.

Anvers, 2 septembre. — L'*Opinion* annonce que le choléra a éclaté à Boom, depuis vendredi il y a eu 7 cas et 3 décès.

Anvers, 3 septembre. — Hier, il y a eu trois entrées à l'hôpital de Stuyvenberg. Aujourd'hui, à midi, il y avait déjà sept personnes venues des diverses sections de la ville, mais aucun cas ne présentait de symptômes graves.

Anvers, 5 septembre. — Le collège des bourgmestres et échevins vient de lancer une protestation dans laquelle il s'élève contre les récits exagérés répandus dans certains milieux, au sujet de l'épidémie cholériforme D'après cette circulaire, il ne s'est produit du 15 août au 1er septembre que sept décès sur 22 personnes atteintes. Hier, dans l'après-midi, un cas suspect s'est déclaré à bord du steamer allemand *Drachenfeltz*, qui a été immédiatement isolé. Trois steamers de Hambourg et un d'Angleterre viennent d'arriver. Il n'y a eu ni maladie ni décès à bord de ces quatre navires pendant la traversée. Une quarantaine de vingt-quatre heures vient d'être imposée à tous les navires venant de l'intérieur et de Rotterdam, ainsi qu'aux provenances de Liverpool. A Bruxelles un individu actuellement à l'hôpital a été transporté dans une partie réservée comme atteint du choléra asiatique. Son état est désespéré. Un autre cas cholériforme a été constaté sur un bateau amarré près de l'entrepôt. Le bateau a été désinfecté. Enfin, un cas de choléra foudroyant s'est produit dans le bassin de Merœen, près d'Anvers. La victime, une batelière, est morte en quelques heures. Le bateau a été isolé.

Bruxelles, 6 septembre. — Les nouvelles reçues au service sanitaire accusent l'apparition du choléra dans quelques communes situées sur les cours d'eau aboutissant à Anvers. A Boom, sur 12 cas, il y a eu 10 décès. A Bornhem, sur 9 cas, 7 décès Le cholera a fait également plusieurs victimes dans d'autres villages des environs. Dans le Hainaut, plusieurs cas de diarrhée se sont déclarés dans les localités où le choléra avait régné avec le plus d'intensité en 1866. A Anvers, par contre, la situation est relativement satisfaisante. Depuis le commencement de l'épidémie, il s'est produit 75 cas. 22 sont guéris ; 28 restent en traitement et 25 ont succombé à la maladie. A Bruxelles, on a constaté aujourd'hui un cas de cholérine aiguë. La situation sanitaire est excellente dans la capitale. On a constaté un décès cholérique à Gits, près de Bruges.

Anvers, 7 septembre. — Voici le tableau général depuis le commencement de l'épidémie. Entrées 83. Sorties 41. Décès 26. En traitement 10. Il y a eu hier un décès cholérique. Ce matin on a constaté un cas suspect à bord d'un bateau d'intérieur. 630 bateaux d'intérieur ont été désinfectés.

Angleterre.

Londres, 2 septembre. — Deux décès sont signalés à Liverpool.

Londres, 5 septembre. — Il a été officiellement annoncé que le choléra avait cessé en Angleterre. Le vapeur l'*Elbe*, venant de Hambourg, est arrivé cette nuit à Tynemouth ; il avait à son bord un officier atteint du choléra. Le malade a été transporté au bateau-hôpital où il est mort ce matin.

Londres, 7 septembre. — On traite, à l'hôpital de Londres, un marin que l'on croit atteint de choléra. Cet homme faisait partie de l'équipage d'un navire marchand arrivé du Brésil au Havre tout récemment. Cinq hommes de l'equipage entrèrent à l'hôpital, trois d'entre eux moururent. L'homme dont il s'agit arriva à Londres dimanche soir.

Hollande.

Amsterdam, 2 septembre. — Hier soir, à Rotterdam, un ouvrier est mort du choléra nostras.

Rotterdam, 3 septembre. — Hier soir, un homme est mort du choléra nostras. Ses deux enfants, probablement atteints de la même maladie, ont été conduits aux baraquements.

Amsterdam, 6 septembre. — Le *Staats courant* publie aujourd'hui les mesures qui vont être prises contre l'introduction du choléra. L'importation et le transit de chiffons et de vieux effets sont interdits. Il en est de même pour la laine brute provenant des pays contaminés. Les voyageurs et les bagages sont visités aux stations frontières. Les voyageurs venant des pays contaminés doivent se présenter à la mairie de la commune où ils se rendent.

En Suisse.

Genève, 2 septembre. — Le Conseil fédéral a décrété la mise en vigueur du règlement du 15 août, concernant les mesures à prendre contre le cholera par les Compagnies de transports. La surveillance sanitaire des voyageurs étrangers sera exercée à Bale, Schaffhouse, Romanshorn, Rorscharch, Porrentruy, Locle, Verrières et Genève.

Saint-Julien, 5 septembre. — Le Conseil fédéral s'occupera de compléter les mesures de précaution contre le choléra aux frontières. L'importation des hardes, guenilles, chiffons et vieux habits est prohibée du côté de l'Allemagne. La prohibition à l'entrée des poissons de mer, en vigueur contre l'Allemagne et la Belgique, sera étendue à la Hollande,

Genève, 7 septembre. — Le service d'inspection sanitaire a été installé ce matin à la gare.

En Russie.

Moscou, 5 septembre. — Des amendes sévères de 300 à 500 roubles ont été infligées par le grand-duc Serge aux propriétaires de maisons réfractaires aux mesures sanitaires. Un propriétaire a été mis en prison pour deux mois pour obstination. Cette mesure fait grande impression sur la population.

Varsovie, 7 septembre. — Il s'est produit hier 5 cas de choléra dont 2 décès.

Saint-Pétersbourg, 7 septembre. — Les cas de choléra qui avaient diminué pendant quelque temps sont plus nombreux hier. Il y a eu 138 cas et 34 décès. Le total pour toute la Russie au 4 septembre est d'environ 4,780 cas et 2,350 décès.

Aux Etats-Unis.

Washington, 1er septembre. — Le président Harrisson a reçu un télégramme du secrétaire d'Etat Forster annonçant officiellement que le choléra a fait son apparition sur les côtes des Etats-Unis. Le secrétaire d'Etat désire conférer avec M. Harisson sur les mesures préventives à prendre. Il propose de lancer une proclamation suspendant l'immigration et annonce que l'attorney général étudie en ce moment une loi sur la matière.

Washington, 1er septembre. — Le président Harrisson a publié, cet après-midi, une circulaire relative au choléra. Elle prescrit vingt jours de quarantaine à tous les vaisseaux transportant des émigrants à moins que les lois particulières ou les règlements de l'Etat dans lequel le vaisseau aborde n'interdise une semblable mesure. La durée de la quarantaine pourra être augmentée si cela est nécessaire. La circulaire est applicable immédiatement excepté toutefois aux vaisseaux qui seront déjà en route à la date de ce jour et pour lesquels des facilités pourront être accordées après demande adressée au Trésor. Avant la publication de la circulaire, l'*attorney général* a donné au président des Etats-Unis l'assurance que le gourvernement central de l'Union avait le droit de prendre des mesures de ce genre.

New-York, 2 septembre. — Un cas de choléra a été constaté chez un émigrant arrivé ici dimanche de Hambourg sur le steamer *Russia*. Le maire de New-York, M. Grant, a fait distribuer une circulaire faisant connaître aux habitants que l'épidémie avait fait son apparition dans la ville et leur conseillant de prendre toutes les mesures nécessitées par les circonstances.

New-York, 2 septembre. — Il n'y a pas eu de nouveaux cas signalés à bord du *Moravia*. On prend des mesures énergiques pour éviter qu'en circulant entre les navires et les quais, certaines personnes servent de véhicules à l'épidémie. Les factionnaires postés aux abords des docks ont l'ordre de faire feu sur quiconque essaiera d'aborder les vaisseaux en quarantaine.

New-York, 3 septembre. — Le capitaine du steamer *Rugia*, arrivé ce matin, a déclaré qu'il y avait eu depuis le Havre 25 décès à bord. Il y a maintenant dix cas de choléra à bord. Le steamer a été placé en quarantaine. Les voyageurs malades ont été isolés. Dès qu'ils seront guéris, les autres voyageurs seront envoyés à l'île d'Hoffman. Les agents de la Compagnie transatlantique de Hambourg viennent d'aviser la Bourse maritime que deux voyageurs de première et de seconde classe sont morts à bord du *Normania* pendant le voyage. Des avis postérieurs signalent d'autres décès à bord du *Normania* et annoncent que quatre voyageurs sont malades. Les victimes du choléra étaient des émigrants. On annonce aujourd'hui qu'une femme est morte à Brooklyn. On attribue sa mort au choléra. On a constaté cinq décès cholériques à bord de la *Normania* ; un enfant est encore mort à bord de la *Moravia*. A bord du *Rugia* il ne s'est produit que quatre décès, et non pas vingt-trois.

§ II. — France.

Aux frontières.

Le Dr Netter, professeur agrégé à la Faculté de médecine à Paris auditeur au Comité consultatif d'hygiène publique de France, chargé par le ministre de l'intérieur de rechercher, avec la Compagnie de l'Est, les meilleures dispositions à prendre pour les installations sanitaires dans les gares de Pagny-sur-Moselle, Avricourt et Petit-Croix, est arrivé la semaine dernière à Pagny-sur-Moselle. Il s'est mis d'accord avec les autorités de la frontière, commissaire spécial de police, chef de gare et inspecteur de la douane. En descendant des trains venant d'Allemagne, les voyageurs défileront devant le médecin qui se tiendra dans un local précédant la salle de visite de la douane. Toute personne

atteinte de gastro-entérite sera retenue et soignée au poste; toute personne qui, sans présenter des signes de gastro-entérite, offrira des symptômes suspects, pourra être retenue en observation. On remettra à chaque voyageur bien portant un « passeport sanitaire », dont voici le modèle :

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

—

POSTE SANITAIRE DE LA FRONTIÈRE.

—

Passeport sanitaire.

M. . . . . . .

venant de . . . . . . passant à la frontière, a été reconnu sain au moment de la visite médicale qu'il a subie ici en vertu des instructions qui nous ont été données.

Il a déclaré vouloir se rendre à. . . . . commune du département de. . . . . . . où il prendra domicile, rue. . . . . . n° .

Le porteur devra se présenter devant le maire de la commune et subir les visites que la municipalité jugera bon d'ordonner.

Le. . . . . 1892.

Le Directeur du poste sanitaire.

Le voyageur est tenu de présenter ce bulletin au maire de la localité dans laquelle il se rendra, et, là, il subira une nouvelle inspection et sera observé pendant le nombre de jours correspondant à l'incubation du choléra. La visite des bagages est faite avec le plus grand soin par les employés de la douane, assistés d'un infirmier du poste. Les malles seront ouvertes. les linges sales et tous les objets pouvant être contaminés ne seront rendus à leur propriétaire qu'après avoir subi la désinfection au moyen de l'étuve à vapeur.

Blanc-Misseron, 4 septembre. — Les mesures sanitaires arrêtées par le ministre de l'intérieur seront appliquées à la gare de Blanc-Misseron, jeudi ou vendredi, dès que l'étuve de désinfection sera arrivée. M. Thoinot, auditeur au comité consultatif d'hygiène, délégué par le ministre de l'intérieur, est arrivé depuis quelques jours pour procéder à l'organisation d'un service sanitaire complet. Un lazaret, pouvant contenir quatre lits, sera construit aux frais de la Compagnie.

Belfort, 4 septembre. — Le docteur Ricklin dirige le service médical à Montreux-Vieux. Les appareils à désinfection sont prêts. A Petit-Croix, les trains provenant de Paris subissent une inspection. Pour les trains provenant d'Alsace, chaque voyageur passe dans une petite chambre garnie de trois tables, il subit un interrogatoire minutieux par deux médecins. Il y a trois types de passeport sanitaire, format postal. Un jaune pour les voyageurs, portant avertissement des pénalités encourues en cas de non-remise de la carte au point de destination ; un bleu pour le maire ; un rouge pour le préfet de police à Paris. Ces cartes portent un numéro correspondant et en outre le signalement du voyageur. L'appareil de désinfection à vapeur fonctionne en permanence. Une baraque d'isolement, en planches, est en voie de construction à 200 mètres de la gare, en pleins champs. Plusieurs cartes ont déjà été distribuées.

Dunkerque, 2 septembre. — Le vapeur allemand *Suzanne et Marie,* venu de Hambourg, qui était en quarantaine sur rade depuis six jours, devait entrer hier dans le port, mais en cours de la visite médicale on a découvert qu'un passager était atteint de vomissements cholériformes.

Le vapeur est parti pour le lazaret de Mendin près de Saint-Nazaire.

L'opinion publique réclame des mesures sanitaires ; l'eau manque en ville.

Alençon, 7 septembre — Un nommé Jules Derouet, âgé de soixante-dix ans, employé à l'usine Mouchet, vient de succomber à Rai, près de Laigle, à une attaque de choléra. Le rapport du docteur qui l'a soigné est très affirmatif sur les caractères de la maladie.

Ce cas est le premier qui se produit dans le département de l'Orne.

Brest, 1er septembre. — L'individu qui est mort hier du choléra était un nommé Jacques Gourmelon, âgé de trente-un-ans, demeurant à la Venelle-du-Bois-d'Amour, 6. Aucun autre cas n'a été constaté. L'administration sanitaire prend des mesures pour soumettre à une quarantaine les navires venant du Havre.

Boulogne-sur-Mer, 2 septembre — Le maire de Boulogne-sur-Mer vient de prendre un arrêté imposant une quarantaine aux navires et bateaux de tout tonnage qui proviendraient de ports contaminés. La situation de Boulogne est excellente et aucun cas de choléra ne s'y est produit.

Cherbourg, 2 septembre. — Les navires venant des pays contaminés seront soumis à une quarantaine de quarante-huit heures. Plusieurs bâtiments communaux sont aménagés pour isoler, en cas d'épidémie, les personnes atteintes. Une étuve à désinfection par la vapeur d'eau restera sous pression. On va faire procéder à la désinfection des fosses d'aisance ; des paquets de sulfate de cuivre seront mis à la disposition du public dans les bureaux de police.— Le train d'émigrants est supprimé, la Compagnie Transatlantique craignant qu'on ne soumette ses paquebots à une quarantaine s'ils embarquent des émigrants.

3 septembre. — Le paquebot *La Champagne* est parti ce soir à 5 heures 30 pour New-York. Le Conseil municipal de Cherbourg, étant donnés les cas de choléra constatés aux Etats-Unis, demande que le service des paquebots de la Compagnie Transatlantique soit reporté au Havre ou à Saint-Nazaire, ce dernier port ayant l'avantage de posséder un lazaret. Le docteur Mesnil, ancien médecin de la marine, se rend à Paris pour se faire inoculer le virus cholérique par le docteur Haffkine, dont les expériences ont fait dernièrement l'objet d'un rapport à l'Académie de médecine.

Saint-Lô, 3 septembre. — Le choléra a été constaté hier à Saint-Vaast. Il y a eu deux cas et un décès.

L'épidémie a été apporté ici par le *B. F.*, qui transporte des beurres du Havre à Saint-Vaast.

Havre, 1er septembre. — Pour la journée du 31 août, de minuit à minuit, le nombre de cas signalés est de 59 ; il y a eu 19 décès. Par mesure de prudence, l'autorité a décidé que les écoles maternelles qui devaient se rouvrir aujourd'hui resteront fermées jusqu'à nouvel ordre. Le fléau frappe surtout dans les quartiers pauvres et malsains, et s'attaque à des gens qui ne prennent aucune mesure d'hygiène. La Compagnie de l'Ouest vient de décider d'allouer aux familles nécessiteuses de ses agents les secours qui leur seraient nécessaires pour leur permettre de prendre les mesures hygiéniques utiles. Dès à présent, le Conseil autorise la distribution gratuite de ceintures de flanelle à ceux des agents auxquels les médecins de la Compagnie en prescriraient l'emploi à titre de précaution.

Honfleur, 1er septembre. — Le vice-consul d'Angleterre à Honfleur vient d'informer le consul d'Angleterre au Havre que quelques cas cholériformes se sont produits à Honfleur.

Le Havre, 2 septembre. — De même que le nombre des décès, celui des cas de diarrhée cholériforme a diminué pendant les dernières 24 heures ; on n'en a constaté que 50, et leur violence semblait être considérablement atténuée Plusieurs médecins de la ville ont décidé, d'accord avec la municipalité, d'organiser un dispensaire. Cet établissement, qui sera dirigé par des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, recevra les indigents atteints de la diarrhée prémonitoire et leur donnera des soins et des médicaments gratuits. On espère enrayer ainsi, en la combattant dès l'apparition des premiers symptômes, la maladie proprement dite.

3 septembre. — La décroissance de l'épidémie s'accentue; il y a eu dans la journée d'hier 42 cas et 12 décès. M. Brouardel est arrivé ce soir; il est chargé de se rendre compte s'il est nécessaire d'obliger les personnes qui quittent le Havre à se pourvoir d'un passeport sanitaire. M. Pallain, directeur général des douanes, a visité la caserne des douanes et a pu constater que, grâce aux mesures prophylactiques prises en temps opportun, et conformément à ses ordres, les 1,800 habitants de ce vaste établissement ont été préservés de l'épidémie. Le service des voyageurs et des marchandises par bateaux entre le Havre et Honfleur a dû être abandonné sur l'ordre de la municipalité de cette dernière ville; le steamer *Notre-Dame-des-Flots,* qui entrait hier dans le port de Honfleur, a reçu l'ordre de repartir immédiatement sans débarquer son chargement ; la même interdiction s'applique aux bateaux de pêche. Le maire de Trouville, s'étant aperçu que beaucoup de voyageurs venus du Havre à Honfleur se faisaient conduire en voiture à Trouville avec leurs bagages, a fait couper la route par une tranchée, en laissant juste la place nécessaire au passage d'un seul véhicule ; à ce point, tous les arrivants sont soumis à une rigoureuse inspection. Les mesures draconiennes prises par les maires de Trouville et de Honfleur soulèvent de nombreuses protestations. M. Axel Ullern, président de la chambre de commerce de Honfleur vient d'adresser à l'autorité supérieure une énergique protestation contre l'arrêté du maire, qu'il considère comme absolument illégal. D'autre part, la municipalité de Caen, qui avait interdit l'entrée de la ville à toutes les marchandises provenant du Havre et de Honfleur, vient de faire savoir aux autorités de ces deux ports que l'application de cette mesure était ajournée.

4 septembre. — On a installé le hangar où seront logés, pendant la désinfection de leurs logements, les locataires des maisons contaminées Ils y seront couchés, nourris, vêtus pendant leur séjour. Leur mobilier sera placé sous la garde de la police. Leurs vêtements et leur linge qui seront détruits par mesure de salubrité seront remplacés par la municipalité. M. Brouardel, qui a visité le Havre, a déclaré qu'il avait rarement vu une épidémie se développer aussi rapidement. Toutefois il a la conviction qu'elle sera bientôt terminée surtout en présence de la rapide diminution des décès dans ces derniers jours.

6 septembre. — MM. Loubet, Proust et Monod sont arrivés au

Havre le 5 septembre à midi quarante. Ils se sont rendus directement à la sous-préfecture, où a eu lieu une conférence à laquelle assistaient les médecins, les conseillers généraux et les députés de la ville. Quelques instants après, M. Loubet est allé visiter le poste de police de la rue des Prés pour se rendre compte du fonctionnement du service médical et de désinfection. Le maire lui a donné des explications. M. Monod a interrogé un sous-brigadier de police qui partait pour désinfecter une maison. Ce service a produit une vive et excellente impression sur les visiteurs. Le cortège s'est rendu au hangar aménagé au bassin de l'Eure. Le docteur Bouju a guidé les visiteurs. Le hangar est très bien organisé. Soixante-deux personnes, hommes, femmes et enfants, s'y trouvent actuellement pendant qu'on désinfecte leurs logements. Ils se trouvent très bien. Le ministre a visité le réfectoire, le vestiaire des effets désinfectés et celui des effets neufs. Une étuve est toujours prête à fonctionner. M. Loubet a complimenté les autorités sur cette organisation. Le ministre a visité ensuite une maison, rue du Canal, nº 10, où un cas de choléra vient de se produire, et qu'on vient de désinfecter et de blanchir à la chaux. Dans ce quartier pauvre, plusieurs cas ont été déclarés.

M. Loubet est entré aussi dans une maison de la rue de la Reine-Malthide nº 10, qu'on désinfectait ; l'étuve fonctionnait encore. Au nouvel hôpital, la commission administrative d'hygiène a été présentée à M. Loubet. Le ministre a visité les salles dans lesquelles sont soignés les malades atteints du choléra. M. Loubet a traversé toutes les salles et a déclaré que l'hôpital était très bien organisé ; il a félicité l'architecte. On a présenté à M. Loubet une infirmière laïque, la veuve Ozane, qui est attachée à l'établissement depuis six ans. Elle a donné de grandes preuves de dévouement pendant une épidémie de variole. M. Loubet a félicité les internes et les médecins. Après une visite au boulevard maritime, à la jetée et à la rue de Paris, une réunion a eu lieu dans le salon d'honneur de l'Hôtel de Ville, à 5 heures. Après avoir félicité le maire, M. Brindeau, les médecins et tous les fonctionnaires qui luttent contre l'épidémie, M. Loubet a confirmé qu'une somme de 150.000 fr. a été accordée au Havre et que la conversion de l'emprunt de la ville vient d'être signée. On a constaté, dans la journée du 5, 34 cas de cholera et 9 décès.

7 septembre. — A la suite de la visite qu'il a faite hier au Havre, M. Loubet vient d'annuler les arrêtés pris par les maires du Calvados pour mettre en interdit les provenances de notre port. Le Conseil municipal a décidé de prélever en faveur des indigents une somme de 12.000 fr. sur les 20 000 fr. précédemment votés pour célébrer le centenaire de la première République. Une commission spéciale a été nommée pour présider à l'emploi de la somme de 150.000 fr. allouée par le gouvernement à la ville du Havre à l'occasion de l'épidémie.

Rouen, 1er septembre. — Depuis hier 5 heures du soir jusqu'à aujourd'hui midi, il est entré à l'Hôtel-Dieu 3 malades atteints d'affections cholériformes. Deux autres malades qui étaient en traitement sont sortis entièrement guéris.

Un infirmier de l'Hotel-Dieu est mort. Il n'y a pas eu d'autre décès.

2 septembre — Depuis hier, cinq heures du soir jusqu'à aujourd'hui, il est entré à l'Hôtel-Dieu 6 malades atteints d'affection cholériforme.

Il y a eu 1 décès.

4 septembre. — Il y avait en traitement à 5 h. du soir, à l'Hôtel-Dieu, 35 malades. Il en est entré pendant les 24 heures, 7, soit en tout 42 malades.

Il y a eu un décès. Sur 6 décès déclarés dans la matinée à la mairie, aucun n'était dû à l'épidémie du choléra.

5 septembre. — Il est entré à l'Hôtel-Dieu depuis hier 5 heures du soir jusqu'à aujourd'hui midi 8 malades atteints du choléra.

Pendant le même temps, il y a eu 3 décès. 6 malades sont sortis complètement guéris.

7 septembre. — M. Ricard, ministre de la justice, accompagné de MM. Hendlé, préfet de la Seine-Inférieure, et Leteurtre, maire de Rouen, ont visité ce matin l'Hotel-Dieu, dont ils ont parcouru toutes les salles. Ils se sont rendus ensuite dans le bâtiment isolé où sont soignés les malades atteints par l'épidémie cholériforme. Le ministre s'est montré satisfait de la façon dont les services sont organisés.

Il n'y a eu, depuis hier soir jusqu'à ce matin, que deux cas de diarrhée cholériforme. Pendant la même période, on a eu à enregistrer un décès.

Saint-Quentin, 5 septembre. — On a constaté aujourd'hui 4 cas et 2 décès, deux hommes âgés, l'un de 64 et l'autre de 24 ans.

Evreux, 7 septembre. — L'épidémie cholériforme semble vouloir gagner la vallée de la Risle (Eure). 20 cas et 8 décès dus à des diarrhées présentant un caractère cholériforme ont été constatés avant-hier à Pont-Audemer, 3 à Brionne ; la commune de Freneuse-sur-Risle, dans le canton de Montfort, est la plus éprouvée.

Valenciennes, 2 septembre. — On signale 3 cas de choléra nostras à St-Saulve. Dans une famille le père et deux enfants sont morts en quelques heures. Les autorités ont ordonné qu'ils soient inhumés immédiatement. Deux autres enfants sont atteints.

Algérie.

Oran, 1er septembre. — Plusieurs cas bénins de cholérine sont signalés dans la garnison de la ville.

§ III. — DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

La circulaire suivante vient d'être adressée par le Préfet de police aux maires des communes du ressort de sa préfecture :

« Paris, le 31 août 1892.

« Monsieur le maire,

« Un décret du 29 août 1892, dont vous trouverez ci-joint le texte, prescrit à toute personne entrant en France par les frontières du Nord et de l'Est, de Dunkerque à Delle inclusivement, de présenter, au maire de la commune dans laquelle elle se rend, le passeport sanitaire qui lui aura été remis à la frontière. Cette obligation s'applique également (art. 9) aux personnes entrant dans un des ports de France et provenant de Russie, d'Allemagne ou de Belgique.

« En outre, il est enjoint à toute personne (aubergistes, logeurs et simples particuliers) logeant un ou plusieurs voyageurs entrés en France dans les conditions ci-dessus indiquées, d'en faire la déclaration à la mairie de la commune dès l'arrivée du voyageur

« D'autre part, aux termes de l'article 3 du même décret, le maire doit faire visiter ce voyageur pendant un délai de cinq jours au minimum à partir du jour de son entrée en France, et, s'il survient quelque accident suspect, notamment de la diarrhée, le voyageur doit être visité par un médecin.

« Enfin, la déclaration à la mairie de tout cas suspect d'être un cas de choléra est obligatoire pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui en a constaté l'existence, pour le chef de famille ou les personnes qui soignent le malade, et pour toute personne qui le logerait.

« J'ai l'honneur de vous prier, Monsieur le maire, de prendre d'urgence les mesures nécessaires pour assurer, en ce qui vous concerne, l'exécution de ces prescriptions.

« Je n'ai pas besoin d'appeler votre attention sur la nécessité d'assurer la réception régulière des déclarations, et de faire procéder avec le plus grand soin aux visites des voyageurs et des malades ; je vous serais obligé de me signaler les incidents qui viendraient à se produire, et de m'informer immédiatement de tout cas suspect.

« Agréez, Monsieur le maire, l'assurance de ma considération distinguée.

« *Le Préfet de police*, H. LOZÉ.

Par une autre circulaire du même jour, M. le Préfet de police prie MM. les Maires de lui faire parvenir, dès leur réception, toutes les déclarations reçues dans les mairies par application du décret précité.

Le service de Statistique municipale a compté pendant la 35e semaine 1,117 décès au lieu de 1,083 survenus pendant la semaine précédente et au lieu de 890, moyenne ordinaire de la saison. Les maladies caractérisé s par la diarrhée ont causé 190 décès parisiens (en outre, 26 décès proviennent d'habitants de la banlieue soignés dans les hôpitaux de Paris). Parmi ces décès, 13 sont dus à l' « entérite », à la « gastro-entérite » à la « diarrhée » ou à la « diarrhée chronique », et 177 à la « diarrhée cholériforme », à « la gastro-entérite cholériforme », au « choléra » et autres maladies cholériformes.

Le nombre des décès attribués aux maladies cholériformes chaque jour de la semaine a été le suivant : — Dimanche 18 août, 26 décès (plus 1 décès provenant de la banlieue). — Lundi 29 août, 30 décès (plus 4 décès provenant de la banlieue). — Mardi 30 août, 12 décès (plus 5 décès provenant de la banlieue). — Mercredi 31 août, 27 décès (plus 3 décès provenant de la banlieue). — Jeudi 1er septembre, 27 décès (plus 5 décès provenant de la banlieue). — Vendredi 2 septembre, 24 décès (plus 2 provenant de la banlieue). — Samedi 3 septembre, 31 décès (plus 6 décès provenant de la banlieue). — Total de la semaine, 177 décès (plus 26 décès provenant de personnes domiciliées dans la banlieue).

Le nombre des malades entrés dans les hôpitaux pour maladies cholériformes a été (y compris les habitants de la banlieue) de 411.

Les quartiers aisés sont généralement épargnés par l'épidémie. Ainsi les quartiers Saint-Germain-l'Auxerrois, Halles, Gaillon, Mail, Archives, Sainte-Avoie, Arsenal, Val-de-Grâce, Saint-Germain-des-Prés, Invalides, Ecole-Militaire, Champs-Elysées, Madeleine, Europe, Saint-Georges, Chaussée-d'Antin, etc., ne comptent pas un seul décès. Les quartiers les plus frappés sont les quartiers de La Villette (14 décès) et celui du Combat (13 décès).

Parmi les autres causes de mort, la diarrhée infantile mérite seule d'attirer l'attention. Elle a causé 205 décès (au lieu de 187 pendant la semaine précédente et au lieu de 130, moyenne ordinaire de la saison). L'abaissement de la température permet d'espérer une amélioration prochaine.

La fièvre typhoïde a causé 26 décès (au lieu de 11 pendant la semaine précédente et au lieu de 16, moyenne ordinaire de la saison). Pourtant, le nombre des entrées dans les hôpitaux n'augmente pas et l'on peut espérer que cette augmentation de la mortalité ne se maintiendra pas.

Les autres maladies épidémiques présentent des chiffres voisins de la moyenne.

M. Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique, a eu l'obligeance de nous communiquer le nombre des cholériques entrés dans les hôpitaux. Ce n'est que depuis le 1er juillet que l'Assistance a fait établir un mouvement des malades cholériques, le nombre de ces malades étant très peu important avant cette époque dans les hôpitaux.

Epidémie Cholériforme.

Mouvement du mois de Juillet 1892.

Existants le 30 juin 1892 à minuit: **18**

Dates.	Entrées — Banlieue.	Entrées — Paris.	Décès.	Sorties.	Existants.	Observations.
1er juillet. . .	3				21	
2 — . . .	3		3	2	19	
3 — . . .	6		3	2	20	
4 — . . .	12		4	2	26	
5 — . . .	4	1	2	2	27	
6 — . . .	6	1	2	2	30	
7 — . . .	9	1	10	2	28	
8 — . . .	19	1	2		46	
9 — . . .	13	1	4	2	54	
10 — . . .	4	2	8		52	
11 — . . .	10	2	4	4	56	
12 — . . .	5	4	3	2	60	
13 — . . .	11	6	2	4	71	
14 — . . .	12	3	12		74	
15 — . . .	8	5	5	8	74	
16 — . . .	11	7	4	6	82	
17 — . . .	4	2	3	2	83	
18 — . . .	2	7	6	7	79	
19 — . . .	8	9	5	8	83	
20 — . . .	6	3	4	10	78	
21 — . . .	2	4	3	8	73	
22 — . . .	4	1	3	11	64	
23 — . . .	7	7	3	10	65	
24 — . . .	2	5		1	71	
25 — . . .	1	6	4	3	71	
26 — . . .	2	3	5	6	65	
27 — . . .	1	3	4	5	60	
28 — . . .	4	5	4	3	62	
29 — . . .	3	3	1	7	60	
30 — . . .	3	3	3	1	62	
31 — . . .	3	3	2	12	54	Existants au 30 juin. 18
						Entrés. { Banlieue 188 / Paris. . 98 } 286
						304
	188	98	118	132		Décédés. . . 118 / Sortis. . . . 132 } 250
	286					Restants au 31 juillet. 54

Mouvement du mois d'Août 1892.

Existants le 31 Juillet 1892 à minuit : **54**

Dates.	Entrées — Banlieue.	Entrées — Paris.	Décès.	Sorties.	Existants.	Observations.
1er août . . .	3	6	1	5	57	
2 — . . .		4	1	4	56	
3 — . . .	1	5		3	59	
4 — . . .	2	6	1	5	61	
5 — . . .	1	8	1	5	64	
6 — . . .		3	2	2	63	
7 — . . .	1	3	4	8	55	
8 — . . .	2	6	4		59	
9 — . . .		7	1	8	58	
10 — . . .		1		1	58	
11 — . . .	2	5	1	6	58	
12 — . . .	4	4	1	9	56	
13 — . . .	6	5		13	54	
14 — . . .	2	4	2	5	53	
15 — . . .	1	2		7	49	
16 — . . .		3	1	3	48	
17 — . . .	3	4	2	5	48	
18 — . . .	2	3	2	2	49	
19 — . . .	3	4	3	9	44	
20 — . . .	3	6	1	11	41	
21 — . . .	2	10	2	4	47	
22 — . . .	1	16	3	1	60	
23 — . . .	4	18	6	4	71	
24 — . . .	2	22	7	5	83	
25 — . . .	13	30	13	5	108	
26 — . . .	8	50	14	13	139	
27 — . . .	31	48	25	17	176	
28 — . . .	5	38	25		194	
29 — . . .	18	35	21	4	222	
30 — . . .	6	65	15	21	257	Existants au 31 juillet . 54
31 — . . .	12	61	21	11	298	Entrés. { Banlieue. 138 / Paris. . . 482 } 620
						674
	138	482	180	196		Décédés. . . . . 180 / Sortis. . . . . . 196 } 376
	620					298

Du 1er *au* 7 *Septembre* 1892.

Existants le 31 août 1892 à minuit : **298**.

Dates.	Entrées — Banlieue.	Entrées — Paris.	Décès.	Sorties.	Existants.	Observations.
1er septembre	11	40	23	33	293	
2 —	14	46	22	13	318	
3 —	5	55	32	21	325	
4 —	10	32	26	34	307	
5 —	17	53	31	17	329	
6 —	10	32	29	28	314	
7 —	11	42	21	37	309	Existants au 31 août . . 298
						Entrés { Banlieue. . 78 / Paris . . . 300 } 378
						676
	78	300	184	183		Décédés . . . . . 184 / Sortis . . . . . . 183 } 367
	378					Restants au 7 septembre 309

Les hôpitaux recevant les malades de cette catégorie sont : l'Hôtel-Dieu, l'Hôtel-Dieu annexe, la Pitié, la Charité, Saint-Antoine, Necker, Cochin, Beaujon, Lariboisière, Tenon, Saint-Louis, Bichat, le Bastion 36, Broussais, Enfants-Malades, Trousseau et la Maison de Santé. Ces hôpitaux sont pourvus, à l'heure actuelle, de 746 lits montés en vue de l'épidémie et

par conséquent isolés. Le personnel médical est le même que celui des autres services. Le personnel secondaire est spécial.

Albin R.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 28 août 1892 au samedi 3 sept. 1892, les naissances ont été au nombre de 1042 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 425; illégitimes, 121, Total, 546 — *Sexe féminin :* légitimes, 359 ; illégitimes, 137. Total, 496.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28 août 1892 au samedi 3 sept. 1892, les décès ont été au nombre de 1117 savoir : 618 hommes et 499 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 14, F. 12, T. 26. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 8, F. 3, T. 11. — Scarlatine : M. 3, F. 1, T. 4. — Coqueluche : M. 2, F. 2, T. 4 — Diphtérie, Croup : M. 12, F. 11, T. 23. — Affections cholériformes : M. 99, F. 78, T. 177. — Phtisie pulmonaire : M. 108, F. 67, T. 175. — Autres tuberculoses : M. 23, F. 9, T. 32 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2 — Tumeurs malignes : M. 7, F. 31, T. 38. — Méningite simple : M. 20. F. 19, T. 39. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 19, T. 39. — Paralysie, M. 6, F. 4, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 1, T. 2. — Maladies organiques du cœur : M. 18, F. 24, T. 42. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 4, T. 7. — Bronchite chronique, M. 10, F. 11, T. 21. — Broncho-Pneumonie : M. 9, F. 7, T. 16, — Pneumonie : M. 10, F. 6, T. 16. — Gastro-entérite, biberon : M. 92 F. 79, T. 171. — Gastro-entérite, sein : M. 20, F. 14, T. 34. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 9, F. 4, T. 13. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 11, F. 10, T. 21. — Sénilité : M. 6, F. 15, T. 21. — Suicides : M. 12, F. 3, T. 15. — Autres morts violentes : M. 9, F. 1, T. 10. — Autres causes de mort : M. 79, F. 54, T. 133 — Causes restées inconnues : M. 6, F. 2, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 76, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 27, illégitimes, 14. Total : 41. — *Sexe féminin :* légitimes, 27, illégitimes, 8. Total : 35.

Déontologie médicale en Angleterre. — Un procès en diffamation a été intenté au Dr Lawson Tait (de Birmingham) par le Dr Denholm dans les circonstances suivantes : Ce dernier avait traité par l'électrolyse une malade atteinte de fibrome utérin ; dans une manœuvre opératoire, il se produisit une fistule vésico-vaginale. L'année suivante, la malade fut examinée par le Dr Tait qui conseilla l'hystérectomie. Cette opération ayant été faite, la malade succomba à la suite. Le chirurgien, pour se disculper de toute faute opératoire, prétendit que si la malade avait succombé cela dépendait du traitement antérieur sans lequel l'opération aurait parfaitement réussi. L'autopsie fut demandée par le premier chirurgien ; elle démontra la fausseté des allégations de M. Lawson Tait. L'audition des témoins et les plaidoyers duraient depuis deux jours, lorsqu'un accord est intervenu entre les parties, qui a mis fin au procès. (Le *Concours médical* du 3 septembre 1892.)

Hospice de Marseille (*Concours*). — Le lundi 12 décembre 1892, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille pour 2 places de chefs internes. Les docteurs en médecine ne sont pas admis à ce concours. Les étudiants en médecine devront être munis de quatorze inscriptions au moins. Les candidats nommés ne pourront prendre le grade de docteur en médecine qu'après une année d'exercice. La durée des fonctions sera de trois années consécutives, à partir du 1er janvier 1893. Les chefs internes sont logés et nourris dans l'établissement auquel ils sont attachés et reçoivent en outre un traitement de 1.500 fr. par an.

Hospices civils de Saint-Etienne. — L'administration des hospices civils de Saint-Etienne (Loire) prévient que, le lundi 12 *décembre* 1892, un concours public pour une place de médecin sera ouvert à l'Hotel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical ; il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves. Le médecin nommé à la suite de ce concours entrera en fonctions le 1er janvier 1893. Son traitement sera de 1.500 fr. par an. (*Revue de thérapeutique.*

Mission scientifique. — M. le Dr Jonnesco, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission scientifique en Allemagne et en Autriche-Hongrie, à l'effet d'étudier l'enseignement de l'anatomie dans les principaux Instituts de ces pays. — M. le Dr L. Morisse est chargé d'une mission à l'effet de poursuivre les études médicales et d'histoire naturelle qu'il a entreprises dans les bassins du Haut-Orénoque et de l'Amazone.

Sommaire du Journal *L'Assistance* (*Revue mensuelle*) 28, rue Mazarine (août 1892). — L'Assistance des femmes enceintes et accouchées, par A. Rousselet ; — L'hygiène nouvelle dans la famille, par Cancalon ; — L'hygiène de l'habitation, par Ruy ; — La direction de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation ; — Nouvelles ; — Bibliographie, etc.

Nécrologie. — M. le Dr Julien Gonzalez, doyen de l'Institut homœopathique de Mexico et rédacteur à la *Reforma medica* de Mexico, décédé le mois dernier. — M. le Pr Peralta, ancien doyen et professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres. — M. le Dr Nicanor Molinas, ancien ministre de la confédération d'Entre-Rios. — M. le Dr Hercouet, de Lamballe. — M. le Dr Lacaze, de Bou-Sfer. — M. le Dr Manceau, de Brice-en-Coglès. — M. le Dr Maurenges, de Chamberet. — M. le Dr Dahnhordt, privat-docent de pathologie à la Faculté de Kiel. — M. le Dr Dready, professeur honoraire de thérapeutique au Belleone-Hospital de New-York.

Publications du Progrès Médical.

VIENT DE PARAITRE

Traité pratique, Théorique et Thérapeutique de la Scrofulo-Tuberculose.

Par Henri Leloir,

Professeur des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille.
Membre correspondant de l'Académie de médecine, Lauréat (*bis*) de l'Institut, etc.

De la peau et des muqueuses adjacentes (Lupus et tuberculose qui s'y rattachent). Volume in-4 de 405 pages, avec 30 figures originales intercalées dans le texte, 22 tableaux statistiques et un atlas de XV planches. — Prix : 30 fr. — Pour nos abonnés. 22 fr. 50

De l'oblitération des sutures du crâne chez les Idiots;

par E. Tacquet.

Volume in-8 de 72 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

Recherches Cliniques et Thérapeutiques sur l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie ;

Par BOURNEVILLE
Médecin de Bicêtre.

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1891 (T. XII) avec la collaboration de MM. Banzet, Isch-Wall, Raoult, R. Sorel et P. Sollier. — Un fort volume in-8° de CVIII-142 pages, avec 13 figures dans le texte et 2 planches. — Prix : **5 fr.** ; pour nos abonnés : **3 fr. 50.**

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 38. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 17 SEPTEMBRE 1892.

Le Progrès Médical

GYNÉCOLOGIE

Rapport sur les suppurations pelviennes (1).

Par le Dr Paul SEGOND (de Paris), professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de la Maison municipale de santé

L'étude si actuelle des *suppurations pelviennes* soulève les questions les plus variées. Leur classification, la nature et le mode de progression des agents infectieux qui les engendrent, le siège exact de leur localisation, leurs caractères anatomo-pathologiques, leur évolution clinique et leur diagnose parfois si délicate sont en effet autant de chapitres qui méritent l'attention. Toutefois, sous l'impulsion des progrès de la gynécologie opératoire, il est certain que la thérapeutique de ces lésions complexes est aujourd'hui devenue l'objectif principal de nos recherches ; et, si j'ai bien compris la mission que mes collègues de Bruxelles m'ont fait le grand honneur de me confier, j'imagine que l'étude du traitement devra constituer la dominante de mon rapport. C'est tout au moins dans cet esprit que je l'ai rédigé, et la même tendance va se retrouver plus nette encore dans la note que voici. On y trouvera seulement l'exposé rapide des doctrines générales ou des points de pratique opératoire qui partagent encore nombre d'entre nous, et sur lesquelles le Congrès ne manquera pas de porter son attention plus particulière.

Tout d'abord, que devons-nous entendre par *suppurations pelviennes*? Sous cette dénomination fort amplexive, on doit sans doute comprendre tous les états pathologiques caractérisés par la présence du pus dans le pelvis de la femme; et, prenant je suppose le siège primitivement extra ou intrapéritonéal des collections purulentes comme caractère différentiel, on peut, à l'exemple de Jacobs, en dresser un tableau général complet. Je crois cependant qu'il est préférable de simplifier un peu moins, et qu'il est en particulier nécessaire de distinguer les suppurations pelviennes qu'on pourrait dire *secondaires* et celles qui sont *primitives*.

Celles-ci correspondent aux collections péri-utérines proprement dites Elles ont pour point de départ un processus inflammatoire siégeant soit dans les annexes, soit dans le péritoine pelvien, soit dans le tissu cellulaire péri-utérin, les classifications basées sur la localisation intra ou extrapéritonéale du pus leur conviennent absolument, et c'est aux collections de cette nature qu'on devrait, me semble-t-il, réserver d'une manière exclusive la dénomination de *suppurations pelviennes proprement dites*. Je ne ferai d'exception qu'en faveur de l'*hématocèle suppurée* dont le diagnostic différentiel est parfois tellement ardu qu'il devient pour ainsi dire impossible de savoir si la suppuration est primitive ou consécutive à un épanchement sanguin.

Tout autres sont les collections purulentes développées à l'intérieur ou bien autour d'une tumeur préexistante. Celle-ci peut être un *kyste*, un *fibrome*, voire même un *cancer* de l'utérus ou une *grossesse ectopique*, peu importe ; le cas n'en reste pas moins spécial, et les suppurations intra ou périnéoplasiques observées dans ces conditions veulent être envisagées séparément. Leur étude peut être d'ailleurs assez rapide, car au point de vue de leur traitement, je n'aurai guère de divergences à relever. En effet, si l'on excepte certains cas rares de *kystes suppurés* du ligament large, qu'il est peut-être avantageux de traiter par incision simple; si l'on excepte encore certaines *collections purulentes secondaires*, qu'il est parfois prudent d'évacuer avant de songer à l'ablation des tumeurs qui les accompagnent, on peut dire d'une manière générale, qu'en présence d'une femme atteinte à la fois de suppuration et de tumeur abdominale, la laparotomie est bien, pour tous les chirurgiens, l'opération de choix.

Toutefois, me basant sur quelques observations personnelles, j'aurai l'occasion de montrer que dans ce premier groupe de faits, l'hystérectomie vaginale peut, aussi bien que dans les suppurations pelviennes proprement dites, trouver des indications nettes et rendre les plus éclatants services. Je ne parle pas seulement ici des cas bien rares de *cancers utérins compliqués de suppuration pelvienne*; il est clair que l'hystérectomie vaginale est la seule opération qui leur convienne. Ce que je me propose surtout d'établir, c'est que la même opération est encore très souvent l'opération de choix, lorsque la suppuration s'observe chez des femmes atteintes de fibromes de gros volume, à la condition bien entendu que ce volume ne soit pas excessif et que la limite supérieure de l'utérus ou des fibromes ne dépasse pas le niveau de l'ombilic.

Ces premières considérations posées, j'en arrive aux *suppurations pelviennes proprement dites*. Ici encore, et toujours pour ne parler que du traitement, il est, à la vérité, nombre de points de pratique sur lesquels on ne discute plus. Mais combien d'autres restent litigieux? Je sais bien qu'il y a des principes généraux sur lesquels chacun s'entend, ou à peu près. On reconnaît par exemple « que la thérapeutique des affections des annexes est étroitement solidaire de celle des affections de l'utérus, comme ces affections elles-mêmes sont solidaires de celles de la matrice », et que « d'une façon générale, les grandes interventions chirurgicales doivent être réservées autant que possible pour les formes chroniques. » Rien de plus juste que ces deux axiomes récemment invoqués par Le Dentu. Mais les textes de loi les meilleurs ne sont pas tout, et s'il est naturel d'en accepter la signification générale, il ne s'ensuit pas que leur interprétation soit toujours fort aisée. Et cela, parce qu'il nous faut à chaque pas compter soit avec les difficultés indiscutables que nous réserve la juste appréciation des cas particuliers, soit avec les tendances variées des chirurgiens les plus consciencieux.

Chacun peut juger de ce que j'avance en parcourant nos publications les plus récentes. Qu'il s'agisse d'élucider le *diagnostic* des suppurations pelviennes ou de déterminer la part qu'il convient de faire à leur *thérapeutique conservatrice*; qu'il s'agisse de se prononcer sur *les indications d'une chirurgie plus radicale* ou sur *le choix de l'intervention la meilleure*, les opinions les plus diverses se croisent aussitôt, et, dans ces conditions, il devient assez délicat d'exposer avec précision l'état actuel de la question. Je m'efforcerai néanmoins de le faire de mon mieux, et ce n'est qu'après avoir scrupuleusement consigné l'avis de tous les chirurgiens compétents que je me permettrai de soumettre au contrôle des membres du Congrès les conclusions auxquelles je me suis personnellement rallié et dont voici l'exposé général :

En premier lieu, il doit être bien entendu que, dans le traitement des suppurations pelviennes, les *interventions graves comme la laparotomie ou l'hystérectomie seront toujours scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice*, soit qu'on ait la conscience d'en avoir épuisé les ressources. soit que l'urgence du cas particulier défende toute temporisation. Je

(1) Résumé de la communication au Congrès international périodique de gynécologie et d'obstétrique (première session). Bruxelles, septembre 1892.

m'excuse presque de souligner un précepte aussi formel ; mais l'insistance, souvent trop significative, avec laquelle on l'a réédité ces derniers temps, et le désir d'éviter tout malentendu m'en ont démontré la nécessité.

En rappelant les droits imprescriptibles de la *thérapeutique prudente et conservatrice*, je n'entends certes pas faire le moindre retour vers l'expectation systématique ou résignée, mais déplorable de nos anciens maîtres. Je veux simplement témoigner de mes tendances personnelles, et montrer en particulier que, d'accord avec les chirurgiens qui protestent contre les opérations successives, j'estime qu'on doit tout mettre en œuvre pour en limiter sévèrement les indications. A plus forte raison doit-on s'efforcer d'en prévenir la nécessité, si je puis ainsi dire, et je crois qu'à cet égard on ne saurait trop insister sur l'influence salutaire d'une *thérapeutique utérine bien dirigée*, c'est-à-dire « conduite avec rigueur et ténacité à partir du premier moment où des signes d'infection apparaissent dans l'appareil génital. » Doléris l'a spécifié très justement, et je pense avec lui que l'*antisepsie vaginale*, le *curettage*, la *dilatation large* et le *drainage de l'utérus* sont, au point de vue préventif, des armes toutes-puissantes. Il n'est pas douteux qu'en sachant bien les manier on pourrait diminuer de beaucoup le nombre des cas justiciables des grandes opérations.

Est-ce à dire qu'il faille, en présence d'une suppuration périutérine avérée, raisonner de la même manière et préconiser l'*emploi systématique de méthodes indirectes*, qui permettent d'obtenir l'*évacuation du pus par voie utérine ?* Je ne le crois pas. Non point que je mette en doute les faits démontrant l'efficacité de la méthode de Valton : je les conteste si peu qu'à mon avis on a presque le devoir d'essayer toujours cette méthode à la période initiale des pyosalpingites, lorsque le volume de la tumeur n'est pas trop considérable, lorsque le péril n'est pas imminent, et surtout lorsqu'il reste un doute sur la nature du contenu de la poche, ce qui n'est point rare. Mais c'est tout ce que l'on peut dire, et j'estime qu'il y aurait péril à généraliser davantage. Bref, les indications de la mtéhode de Valton sont, à mon sens, exceptionnelles dans le traitement des suppurations pelviennes ; et, pour peu que les désordres péri-utérins aient quelque importance, il est souvent plus prudent de faire d'emblée de la chirurgie directe que de risquer un curettage préalable.

La part du *traitement prophylactique* et de la *thérapeutique indirecte* des abcès péri-utérins étant ainsi tracée, nous restons en présence de la chirurgie opératoire proprement dite, dont il faut étudier les armes et les indications. Quant à la nécessité d'intervenir chirurgicalement toutes les fois qu'il y a du pus autour de l'utérus, je pense qu'elle n'est plus à démontrer.

Deux méthodes fort distinctes se trouvent ici en présence. L'une se propose d'obtenir la guérison par simple évacuation du pus : l'autre, plus radicale, réalise à la fois cette évacuation et la suppression plus ou moins complète du foyer générateur du mal. Je ne voudrais en aucune façon contester les avantages de la première manière de faire. Elle trouve ses indications fort nettes dans certains cas particuliers : et lorsqu'on se trouve par exemple en présence d'une *collection purulente qui s'est d'elle-même rapprochée d'un point accessible*, c'est-à-dire de la paroi abdominale ou des culs-de-sac vaginaux, il est clair qu'on n'a pas à discuter le choix de l'intervention. Il faut d'abord *inciser* et *drainer*, quitte à *agir plus tard sur la lésion causale*. Mais, si nombreuses que soient les voies proposées pour permettre l'incision simple des collections pelviennes, je ne crois pas qu'on y trouve autre chose qu'une *méthode d'exception*. C'est qu'en effet, pour qu'on soit autorisé à inciser un abcès pelvien, il ne suffit pas que l'incision soit possible, il faut encore et surtout qu'elle soit rationnelle et suffisante. Or, si l'on excepte les *collections phlegmoneuses récentes*, ou même certaines *hématocèles suppurées* dont l'incision s'impose comme unique méthode de traitement raisonnable, nous trouverons tout au plus comme justiciables du même procédé les quelques *rares variétés d'abcès pelviens d'origine ovaro-salpingienne* dont Bouilly a dernièrement pris le soin de spécifier les caractères. Sur ce point je ne pense donc pas qu'il y ait matière à longues discussions.

Quant à la *valeur intrinsèque des procédés* conseillés pour atteindre le pus dans le pelvis, je ne crois pas qu'il soit non plus très difficile de la déterminer. Ils sont à la vérité fort nombreux ; et même, sans parler de la *ponction simple, qu'on doit, à mon sens, toujours déconseiller* ici comme en beaucoup d'autres circonstances, nous avons encore à juger les divers modes de l'incision, suivant qu'elle procède par *voie vaginale, rectale, sacro-coccygienne, périnéale, inguino-sous-péritonéale* ou *pariétale* proprement dite. Or, S. Bonnet l'observe avec raison, tous les procédés compris dans cette liste comptent sans doute des succès qui en sont la justification, mais tous aussi sont passibles de la même réflexion : « Ils ne peuvent être généralisés », et leur utilité ne se mesure qu'au « nombre restreint de cas particuliers auxquels chacun d'eux peut répondre. »

Le fait est évident pour les *incisions pariétales simples*. Leurs indications particulières sont les mêmes pour tous les chirurgiens, et, que l'incision soit *hypogastrique, iliaque, inguinale, crurale* ou *fessière*, elle n'est jamais que l'application particulière d'une loi fort élémentaire : on donne issue au pus dans la région où il est venu pointer de lui-même. Bref, on traite la collection pelvienne comme un abcès vulgaire, et rien n'est plus légitime. Mais il y a plus, et dans la série des procédés en question il en est plusieurs qui peuvent être jugés beaucoup plus sommairement ; ce sont les incisions par voie *rectale périnéale* et *sacro-coccygienne*.

Pour les premiers, point d'hésitation possible : *toute évacuation opératoire d'un abcès pelvien par voie rectale est sûrement une mauvaise opération*. Pour *les interventions sacro-coccygienne* ou *périnéale* que certains chirurgiens semblent vouloir préconiser depuis quelque temps à la suite de Wiedow, d'Hégar et de Otto Zuckerkandl, il est peut-être sage de surseoir à leur jugement définitif. Toutefois, on peut observer dès maintenant que, de l'aveu même de leurs défenseurs, les indications de ces incisions complexes semblent singulièrement exceptionnelles, et, pour ma part, quels que soient les enseignements de l'avenir, je ne crois pas qu'ils soient jamais de nature à nous faire préférer les larges débridements que nécessite la *périnéotomie* ou la *résection sacro-coccygienne* aux conditions vraiment si parfaites dans lesquelles nous placent *la laparotomie* ou l'*intervention par les voies naturelles*.

Tout compte fait, les deux seuls procédés de la méthode évacuatrice pure qui soient susceptibles d'une certaine généralisation sont *l'incision par voie inguino-sous-péritonéale* et *l'incision par voie vaginale*. Comme je l'ai dit plus haut, l'une et l'autre trouvent leurs indications nettes dans plus d'un cas particulier et notamment dans les *collections phlegmoneuses* proprement dites, où même dans certaines *hématocèles suppurées*. Je rappelle enfin que leur manuel opératoire est fort simple. L'évacuation par voie inguinale s'adressant aussi bien aux collections à *plastron abdominal* qu'aux *abcès plus profonds*, dont l'accès exige un décollement sous-péritonéal plus ou moins étendu, il s'ensuit qu'au point de vue de l'opération nécessaire, on doit s'attendre à tous les intermédiaires qui peuvent séparer le *débridement le plus banal* de la *laparotomie sous-péritonéale* telle que la comprend Pozzi.

A son tour, l'*évacuation par voie vaginale* présente *deux variétés* principales, suivant qu'elle s'exécute avec ou sans ouverture du péritoine. Mais, dans le premier cas, alors même qu'on prend le soin de suturer à la plaie vaginale les bords de l'incision faite à la poche non adhérente qu'on a voulu atteindre par cette voie, je crois l'intervention passible des plus graves objections. La seule *incision vaginale* recommandable est celle qui permet l'évacuation du pus *sans ouverture du péritoine*, ainsi qu'il arrive pour les *abcès pelviens* proprement dits et pour les *pyosalpingites adhérentes*. Dans ces conditions, son manuel opéra-

toire ne présente aucune difficulté. Le cul-de-sac vaginal étant mis à découvert par des écarteurs appropriés, il suffit d'inciser droit devant soi et je ne crois pas du tout qu'il soit nécessaire de recourir à l'instrumentation spéciale imaginée par Laroyenne. Avec une pince pour fixer l'utérus, des écarteurs pour y voir ou décoller les tissus, un bistouri et ses doigts, on a largement tout ce qu'il faut pour bien faire et même pour très bien faire.

Si la méthode d'*évacuation par incision simple* doit rester limitée dans ses applications possibles, il en est tout autrement pour les deux grandes opérations que je dois maintenant juger, et je ne crois pas avoir à rappeler comment la *laparotomie* et l'*hystérectomie* constituent, dans la majorité des cas, le traitement de choix des suppurations.

Pour la *laparotomie*, la démonstration n'est plus à faire. Il est en effet de notoriété courante qu'elle sait répondre à toutes les indications ; et, si le traitement des *suppurations intra-péritonéales enkystées libres ou peu adhérentes* constitue son triomphe indiscutable, elle n'est pas moins capable de donner des succès merveilleux dans les circonstances beaucoup plus complexes qui s'observent en cas de *pyosalpingites adhérentes*, de *pelvipéritonite*, d'*hématocèle suppurée* ou de *suppurations mixtes* à la fois intra et sous-péritonéales.

Pour l'*hystérectomie*, c'est-à-dire pour l'opération de Péan, l'accord est loin d'être aussi parfait, et peu de questions ont eu le secret de susciter polémique plus violente ; on a même avancé qu'elle avait eu les honneurs du *pamphlet*, ce qui est peut-être beaucoup dire! En tous cas, si l'on en croyait les assertions de quelques-uns de ses adversaires, assertions qui, soit dit en passant, semblent d'autant plus formelles que leurs signataires ont moins d'expérience personnelle, l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes devrait être à jamais condamnée, ou peu s'en faut. Pour les uns, c'est une intervention « aveugle et brutale », un « recul de la chirurgie française », ou bien encore « un produit plus ou moins inavoué d'erreurs de diagnostic parfois grossières. » D'autres, perdant toute mesure, s'en prennent aux hystérectomistes eux-mêmes, et, paraît-il, « devant une nouvelle hystérectomie à commettre, » leur délicatesse professionnelle à jamais éteinte n'éprouve plus l'ombre d'une « perplexité, » etc., etc. J'en passe et des meilleures.

L'avenir de l'hystérectomie serait-il donc à ce point compromis? Non certes. Et pour s'en convaincre il suffit de mesurer, sans parti pris, le chemin parcouru depuis le jour où j'ai pris la défense de l'opération de Péan devant la Société de chirurgie. Peu après, nos adversaires ont sans doute multiplié leurs objections, et dans les publications successives de Pozzi, de Le Dentu et de Doléris, pour ne mentionner que les principales, rien n'a été négligé pour accumuler les arguments destinés à nous perdre. Mais, encore une fois, je ne vois pas que la campagne menée contre nous ait réussi. Tout ce qui s'écrit, se dit, ou se passe, le démontre.

L'hystérectomie reste à l'ordre du jour, et ce rapport en est la preuve: aux critiques de ses adversaires, elle peut opposer maintenant les communications concluantes de Reclus, de Terrillon, de Richelot et de Quénu à Paris ; de Jacobs et de Rouffart à Bruxelles ; pas un de ses premiers adeptes ne manque à l'appel ; plusieurs de mes collègues de Paris lui doivent, chaque jour, de nouveaux succès ; enfin, parmi ceux qui la condamnaient sans appel au début, il en est qui déjà se montrent singulièrement moins sévères. Pozzi lui-même compte au nombre de ces convertis. Je sais bien qu'il en convient comme à regret et qu'il entoure ses concessions de toutes les restrictions possibles ; mais, pour être aussi partielle qu'on voudra, sa conversion n'existe pas moins. Plus d'une fois déjà il a posé lui-même les indications de l'hystérectomie ; il l'a pratiquée avec succès, et dans la dernière édition de son livre on peut lire en toutes lettres que, « dans certains cas déterminés de suppuration diffuse, l'hystérectomie vaginale *est parfois supérieure* à l'intervention par l'abdomen. » Pratiquée dans ces conditions, dit-il encore, « elle met les opérées dans de *très bonnes conditions de guérison*, et « elle permet un large drainage dont la déclivité assure l'*efficacité*. »

Dira-t-on maintenant que nos arguments ne valent même plus qu'on s'y attarde, que la cause est entendue et notre procès perdu ? Ceux qui le pensent ou désirent le faire croire s'abusent étrangement, et pour qui douterait encore j'espère que les documents bibliographiques dont mon rapport ne manquera pas de faire mention seront enfin des arguments décisifs. En fait, on peut dire qu'à l'heure actuelle tous les chirurgiens qui ont bien voulu consentir à mettre eux-mêmes l'hystérectomie à l'épreuve acceptent résolument la netteté de ses indications, d'une part, dans les *récidives de suppuration pelvienne après laparotomie*, et, d'autre part, dans *les pelvipéritonites suppurées avec enclavement de l'utérus, adhérences étendues et poches purulentes multiples*. A cet égard, pas de contestation possible, et ceux-là mêmes dont les préférences pour la laparotomie sont le moins déguisées en conviennent. J'en veux pour témoignage la conclusion générale d'un très bon article publié il y a quelques mois par S. Bonnet. L'hystérectomie, dit-il, « sera *la ressource suprême* contre les cas complexes, heureusement rares, de *pyosalpinx* ou d'*ovaro-salpingites compliqués de pachy-pelvi-péritonite, de suppuration secondaire* du tissu cellulaire avec ou sans *fistules*. Elle sera aussi l'*opération de choix* après *échec* ou *insuffisance de la laparotomie*. Limitée à ces indications, à côté, mais non à la place de la laparotomie, elle échappera à tous les reproches qu'elle a pu encourir et rendra d'*incontestables services*. »

Nous voici bien loin des affirmations pessimistes dont j'ai parlé, et l'hystérectomie dût-elle se contenter dans l'avenir de ces premières et capitales conquêtes, que nous aurions encore la conscience d'avoir combattu le très bon combat. Mais on sait que notre ambition est plus grande. Dans les cas précités, la valeur de l'hystérectomie est pour nous trop évidente pour exiger de nouvelles preuves, et ce que nous aurions à cœur de montrer c'est que la supériorité de l'hystérectomie se retrouve avec autant de netteté dans le traitement des poches purulentes énucléables. Bref nous voudrions voir triompher la formule que j'ai proposée à la Société de chirurgie en disant que *l'hystérectomie est indiquée dans tous les cas de suppuration pelvienne qu'il est aujourd'hui classique de traiter par laparotomie avec ablation bilatérale des annexes*.

Les trois considérations sur lesquelles nous basons notre manière de voir sont, on le sait, la *gravité moindre*, *l'efficacité supérieure* et *l'absence de cicatrice*. Les chirurgiens, qui ne veulent pas de l'opération de Péan, ripostent, je ne l'ignore pas, avec des *arguments contradictoires* dont plusieurs ont une sérieuse valeur. Mais, pour des raisons précises dont je m'efforcerai d'établir toute la validité, nos préférences pour l'hystérectomie n'en demeurent pas moins formelles. Pour ma part, mes convictions sont chaque jour plus positives. Il est faux que j'aie tenté jamais le moindre changement de front, ainsi qu'on a voulu l'insinuer dans un article très spirituel peut-être, mais parfaitement inexact au double point de vue des interprétations et des citations.

Bref, je suis plus que jamais certain que l'opération de Péan est supérieure à celle de Lawson Tait dans les conditions que j'ai spécifiées. C'est qu'en effet, pour appuyer mes conclusions, je n'ai plus seulement les 23 faits de ma première communication et ce que Pozzi baptisait jadis mon « vain appel à l'avenir, sans valeur pour le présent. » Je possède maintenant plus de 92 observations personnelles : elles ne m'ont donné que 8 morts, et j'ai le ferme espoir qu'avec l'aide de ces documents il me sera possible de réfuter, mieux que je n'ai pu le faire lors de la première discussion, les objections qui nous ont été faites aussi bien sur le *pronostic immédiat* et le *pronostic d'avenir* que sur les *difficultés* ou les *dangers* de l'opération.

La tâche me sera d'autant plus facile que parmi ces objections, il en est plus d'une dont la valeur est purement théorique. Tout ce qu'on a dit par exemple sur l'*impossibilité d'y voir*, sur l'*encombrement par les pinces*, sur

*

l'*infidélité de l'hémostase*, sur la fréquence des *complications opératoires*, ou bien encore sur le *caractère incomplet de l'intervention*, est loin d'être exact. Sans doute l'hystérectomie a, tout comme la laparotomie, ses *écueils*, ses *dangers*. ses *imperfections*, ses *difficultés* ou même ses *impossibilités* ; mais, considération bien significative. celles-ci comme ceux-là s'observent en des conditions qui sont à peu près les mêmes pour les deux opérations. Nous prétendons en outre que, dans le traitement des suppurations pelviennes, l'hystérectomie réalise mieux que toute autre intervention les conditions d'une *guérison durable*, aussi bien quand elle est complète que dans les conditions inverses.

Quand la nature des lésions permet l'*ablation totale* de l'utérus et des annexes, ce qui est infiniment plus fréquent qu'on ne semble le croire, le fait est trop clair. Lorsque l'étendue des lésions s'oppose à l'ablation complète des annexes, la *supériorité thérapeutique* du résultat opératoire est moins évidente, mais elle *n'existe pas moins*. Et, qu'on le note bien, nos convictions à cet égard ne sont plus seulement théoriques. Lorsque nous affirmons qu'on peut, après l'hystérectomie, compter sur l'*atrophie* et la *transformation cicatricielle des parties respectées* sans qu'il reste nulle part, sauf exception très rare, une *épine quelconque susceptible de réveiller les lésions*, nous en avons maintenant des preuves cliniques indéniables. Nous pensons même que cette mort anatomique et physiologique des annexes, une fois l'utérus enlevé, est plus certaine que ne peut l'être celle de l'utérus après ablation des annexes, et c'est précisément pourquoi nous estimons qu'il est, d'une manière générale, *plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes que les annexes sans l'utérus.* D'autant que, pour ma part, j'ai peu à peu acquis la conviction que là où l'ablation complète des annexes est impossible ou dangereuse par la voie vaginale, il y a bien des chances pour qu'il en soit à peu près de même par la voie sus-pubienne. On sait du reste que, dans l'hystérectomie pour suppurations pelviennes, *on resp ecte de parti pris les adhérences* qui sont d'habitude la cause de ces impossibilités opératoires, et, qu'on le veuille ou non, on est bien contraint de reconnaître que de ce chef l'hystérectomie se trouve exonérée de l'un des plus réels écueils de la laparotomie.

La conclusion s'impose donc, et pour nous, il est démontré qu'au point de vue de la *sécurité* comme à celui des *ressources opératoires*, l'hystérectomie ne le cède en rien à la laparotomie. Tout opérateur expérimenté qui voudra bien s'exercer au vrai manuel de l'opération en conviendra très vite; et, bien entendu, je parle uniquement ici de l'*hystérectomie par morcellement*, de Péan, laquelle est, on le sait, caractérisée par la combinaison variable de deux manœuvres fondamentales : *le morcellement par résections transversales successives des deux valves utérines obtenues par section transversale de l'organe après solide hémostase préventive*, et le *morcellement par évidement central sans hémostase préalable de la zone utérine correspondante*. Je suis en effet persuadé que ces deux manœuvres peuvent triompher pour le mieux de toutes les difficultés, sans qu'il soit avantageux de leur substituer la *section médiane* de Müller que Quénu et Routier voudraient remettre en faveur, ou de les faciliter par les *débridements vulvaires* que Chaput vient de conseiller.

La section médiane de Quénu est à la vérité très commode *quand elle est possible*, mais *le morcellement par évidement central lui est toujours supérieur*. Quant aux débridements vulvaires. ils donnent sans doute du jour, mais on peut très bien s'en passer quand on fait du vrai morcellement. Dans ces conditions, j'estime que, pour le simple agrément d'être un peu plus à l'aise, on ne possède aucune bonne raison d'infliger aux opérées un traumatisme supplémentaire et de les priver en même temps de cette intégrité parfaite des formes extérieures qui n'est point l'un des moindres privilèges de la méthode que nous préconisons. Pour ma part, depuis que j'ai appris l'hystérectomie par morcellement, les voies naturelles m'ont toujours suffi non seulement en cas de lésions inflammatoires péri-utérines, mais aussi chez nombre de femmes à vulve très étroite hystérectomisées pour de volumineux fibromes. Mon expérience actuelle portant sur plus de 150 hystérectomies, j'espère qu'on voudra bien accorder quelque valeur à cette déclaration.

Pour l'instant, je dois me borner à ces considérations. Toutefois, et sans préjudice de mon plaidoyer ultérieur, il est *deux objections générales* que je tiens à relever ici, car longtemps encore on ne manquera sans doute pas de nous les opposer. *La première* est basée sur ce fait que l'hystérectomie serait, comme le disait autrefois Pozzi, « une opération de certitude qui suppose l'infaillibilité du diagnostic. » Ici par conséquent « *point d'incision exploratrice* ; *le premier coup de bistouri entraîne la perte fatale de fécondité.* » Partant de là, tout ce qu'on a pu dire sur les « opérations non justifiées » ou sur « les mutilations irréparables » se devine aisément. Le thème prête à coup sûr aux digressions les plus humanitaires, et si jamais l'hystérectomie leur devait sa perte, elle conserverait au moins le mérite d'une coïncidence singulière mais positive avec ce réveil de notre sollicitude pour la pureté des diagnostics et la conservation des facultés génératrices.

Mais, tout dictés qu'ils soient par un sentiment des plus respectables, les cris d'alarme que nous avons provoqués ne me semblent pas moins excessifs. Et d'abord. *il n'est pas juste d'avancer que par les voies naturelles le premier coup de bistouri entraîne fatalement la perte de la fécondité.* Non point que je veuille ici prétendre, qu'au point de vue de l'exploration, la voie vaginale soit en aucune manière une rivale de la laparotomie. Semblable affirmation serait une absurdité. Je prétends simplement, en me basant sur des faits déjà signalés à la Société de chirurgie à propos d'une communication de Nélaton, je prétends, dis-je, qu'avec un peu d'expérience, l'incision du cul-de-sac postérieur peut être, elle aussi, dans certains cas, *utilement exploratrice* et que, même après avoir commencé une hystérectomie, on peut encore *s'arrêter à temps*. Au surplus, et pour ne rien exagérer, laissons à l'argument l'incontestable portée qu'il peut avoir en maintes circonstances. En résulte-t-il que l'hystérectomie puisse être proscrite à l'égal d'un nouvel et dangereux facteur de dépopulation ? Je ne le pense pas et je puis répéter ce que j'écrivais à Pozzi l'an dernier :

Nous savons très bien ce que des personnalités peu instruites ou insuffisamment scrupuleuses peuvent faire des meilleures opérations. Il est aussi bien certain que nos diagnostics les plus travaillés ne sauraient prétendre à l'infaillibilité et de même que les laparotomistes ont plus d'une fois supprimé des annexes qui ne demandaient qu'à vivre, de même les hystérectomistes sont exposés à pareil mécompte. Mais quels que soient ces abus ou ces erreurs, je ne vois pas que l'avenir de l'hystérectomie puisse en souffrir davantage que celui de la laparotomie et c'est, me semble-t-il, abuser un peu des droits de la discussion que de remettre en cause, pour juger la valeur spéciale d'une opération, tout ce qui peut avoir trait aux indications générales de l'intervention chirurgicale dans le traitement des affections des annexes. Ici comme toujours, il faut agir suivant sa conscience de clinicien et franchement si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions ovaro-salpingiennes semble aussi nettement avérée que leur incurabilité médicale, je ne crois pas que l'intervention vaginale mérite jamais le reproche d'être plus compromettante que la laparotomie pour la reproduction de l'espèce.

Tout ceci me conduit à *la deuxième objection générale* qui nous est si souvent opposée : je veux parler des *difficultés du diagnostic*, et, cette fois, je suis le premier à reconnaître le bien-fondé de cet argument capital sur lequel Lucas Championnière a l'un des premiers très judicieusement insisté. « Admettons. disait-il. que l'hystérectomie soit l'intervention de choix dans le traitement des suppurations pelviennes, soit. Mais alors, comment affirmer le diagnostic de la présence du pus ? Sur quels

signes nous guiderons-nous pour préférer au contrôle de la laparotomie ce qu'il peut y avoir d'irrémédiable dans l'hystérectomie? » Rien de plus juste. Aussi bien serais-je très embarrassé pour répondre, si la suppuration était à mes yeux la seule indication de l'hystérectomie. Mais tel n'est point mon avis.

A mes yeux, comme à ceux de Péan, les indications de l'hystérectomie sont les mêmes que celles de l'ablation des annexes par la laparotomie. Ce qui nous importe pour décider l'intervention, ce n'est donc pas le fait de la purulence, c'est *la bilatéralité et l'incurabilité médicale des lésions péri-utérines*, et dès lors l'objection tombe d'elle-même. Je ne conteste point que les indications de l'hystérectomie, ainsi précisées, ne puissent encore laisser place à l'erreur et j'accepte très bien qu'il faille donner la préférence à la laparotomie chaque fois qu'un diagnostic paraît douteux. Mais je n'en maintiendrai pas moins ma conclusion et je le répète: si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la [illegible] des lésions [illegible] par les données cliniques, aussi nettement [illegible] que leur incurabilité médicale, j'estime que l'intervention par les voies naturelles conserve toutes les [illegible] d'une opération rationnelle et pleinement justifiée.

Tels sont les [illegible] que je m'efforcerai de démontrer par l'analyse de mes documents personnels. Sans m'exagérer leur portée, j'espère cependant que mon argumentation pourra trouver quelque crédit même auprès des chirurgiens qui suspectent le plus le bien-fondé de nos assertions. En tous cas, ils verront, preuves en main, que nos résultats thérapeutiques sont bons et durables, ils constateront qu'en nombre de circonstances nous triomphons des lésions suppuratives les plus graves; ils reconnaîtront même que nos opérées ont plus de sécurité et de satisfaction sans cicatrice [illegible] surjets: et lorsqu'ils sauront enfin que l'hystérectomie est souvent moins grave que la laparotomie, peut-être aurai-je la satisfaction infinie de voir plus d'un nouvel adepte se rallier à notre cause.

LE MIRACLE DE LOURDES. — (*Document [illegible] pour M. Zola*). — Un de nos [illegible] qui se trouve en ce moment dans les Pyrénées, nous envoie, dit l'*Écho de Paris*, [illegible] échantillon de dernier pèlerinage de Lourdes. [illegible] de marmite [illegible] à la piscine de [illegible] que la guérison [illegible] problématique [illegible] se trouve un cul-de-jatte qui, pendant le voyage, avait été constamment l'objet de la sollicitude de ses voisins. A la [illegible] qu'il s'agit de descendre du train, [illegible] malheureux infirme, lequel, à l'aide de cordes, [illegible] tout à coup, voici [illegible] et descendre [illegible] qui arrive [illegible] [illegible] servant à sa marche [illegible] Quelques [illegible] qui se trouvaient là [illegible] cette intervention [illegible] une guérison qui n'était [illegible] malheureux préparés.

LE MANUEL [illegible] — L'abbé [illegible] Novels. [illegible] commandants de compagnie [illegible] Toujours [illegible] les conditions [illegible]

UN PHARMACIEN PEUT-IL [illegible] UN MÉDECIN? — M. [illegible] de France [illegible] *des hôp. de Toulouse*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Tout à l'Égout et l'Assainissement de la Seine.

« Durand-Claye, l'ingénieur promoteur du Tout à l'Égout et à la [illegible] est mort. On ne peut donc pas demander qu'on le fusille. Mais heureusement, aux jours sombres [illegible], la colère populaire [illegible] des hommes qui n'étaient que de petits criminels à côté de ceux qui ont fait à Paris une semblable honte. Allez donc voir cette pourriture, Parisiens! » (Jean-sans-Terre, *Petit Journal* du 12 août).

Nous avons démontré que le « Tout à l'Égout », pratiqué dans les conditions qu'enseigne l'hygiène, constituait le meilleur moyen connu, quant à présent, pour débarrasser les villes de toutes les matières usées, dangereuses pour la santé publique. Nous avons indiqué les mesures prises par le Conseil municipal et l'Administration pour approvisionner en abondance la ville de Paris d'eau de source et d'eau de lavage, persuadés que la propreté, et partant la salubrité d'une ville, est en proportion de la quantité d'eau mise à la disposition des habitants et des services publics. A cet égard, Paris, dans quelques mois, n'aura plus rien à envier aux autres capitales, et M. Poubelle a eu bien raison de le rappeler dans son discours. Nous avons enfin signalé les mesures prises pour assurer l'assainissement complet de la Seine dans la traversée de Paris. Pour terminer cette partie de l'œuvre, il ne restait plus que peu de choses à faire à l'époque où nous avons réimprimé notre rapport (1888). Et cela est aujourd'hui à peu près terminé.

1° Les eaux d'égout de l'île Saint-Louis et de l'île de la Cité, qui s'écoulaient en Seine, sont renvoyées pour l'île Saint-Louis dans le collecteur de la rive droite par un siphon établi en aval du pont Louis-Philippe, et, pour la Cité, dans le collecteur de la rive gauche au moyen d'un second siphon établi dans le petit bras de la Seine, entre le pont Saint-Michel et le Pont-Neuf (1).

2° Les anciens égouts de la Monnaie, de l'école des Beaux-Arts et de l'Institut qui débouchent en Seine, vont être supprimés (le travail est en cours) et leurs eaux dirigées dans le collecteur.

3° A la *Chambre des Députés*, l'écoulement direct à l'égout, appliqué depuis deux ans, a permis de supprimer la plus grande partie des déversements en Seine; il n'y a plus qu'une très petite quantité d'eaux pluviales dont le report dans le collecteur voisin est à l'étude.

4° L'École militaire n'envoie plus de matières en Seine; mais les quartiers bas du XV[e] arrondissement (Grenelle) attendent encore l'amélioration des égouts et l'achèvement du collecteur de la rue de [illegible] (2).

---

(1) [illegible] arrondissement, [illegible] et va [illegible] de la [illegible]

(2) [illegible] de [illegible] depuis l'année dernière, et [illegible] à la culture. Deux des [illegible] lors de l'élaboration

Toutefois, la Seine, *dans la traversée de Paris*, ne sera tout à fait assainie que si le *Conseil d'hygiène et de salubrité* de la Seine empêche l'installation, en amont de Paris, d'établissements insalubres, susceptibles de contaminer le fleuve et *surtout* si le département de Seine-et-Oise supprime les causes d'infection dont il est responsable.

« *En amont de Corbeil*, avons-nous écrit (1), c'est-à-dire à plus de 34 kilomètres des fortifications, l'eau de Seine est limpide, transparente, d'une saveur agréable... A *Corbeil*, la Seine reçoit l'affluent de la Juine ou Essonnes, qui prend sa source près d'Etampes, et se trouve souillée dans son parcours, avant de se jeter dans le fleuve à Corbeil, par les eaux industrielles des nombreux établissements classés qui existent sur ses rives avant sa division en quatre bras et sur ses bras eux-mêmes. « Ces établissements, disait M. Boudet en 1874, consistent en papeteries, en féculeries, teintureries, laminoirs, etc., etc. Ils altèrent les eaux de la Juine à tel point que lorsqu'elles arrivent à la Seine, en amont et en aval du pont de Corbeil, elles constituent de véritables *eaux d'égout...* qui déterminent dans la Seine, jusqu'à une certaine distance en aval, des phénomènes de fermentation moins saillants sans doute que ceux que nous constaterons aux abords du collecteur d'Asnières, *mais analogues, tels que des mousses, des écumes, une coloration* plus ou moins foncée, une altération plus ou moins profonde de la végétation... » *Au-dessous de Corbeil*, et jusqu'aux fortifications de Paris, la Seine reçoit en outre les eaux des égouts départementaux et communaux, *dont vingt appartenant au département de Seine-et-Oise.* »

Retenons ces faits, dont nous tirerons tout à l'heure les conséquences pratiques; renvoyons à notre précédent article (2), pour la part qui revient à Seine-et-Oise, dans l'*infection de la Seine*, à partir de sa sortie de Paris jusqu'à son entrée dans le département de l'Eure (3) et reproduisons la *description de la Seine* au-dessous du *pont d'Asnières*, c'est-à-dire du *débouché du grand collecteur de Paris*, telle que nous l'avons tracée après d'autres, en 1885 et en 1886, soit 6 ou 7 ans avant la découverte du rédacteur du *Petit Journal :*

La Seine, sur sa rive droite, est *un* VÉRITABLE ÉGOUT *à ciel ouvert*. Les eaux sont troubles, colorées et recouvertes d'écume d'aspect graisseux. L'azote y atteint 25 grammes par mètre cube ; l'oxygène disparaît presque complètement (1 c.c. par litre), absorbé par la matière organique en pleine décomposition. Le *nombre des microbes* est de 200,000 par c.c.

Une fermentation continuelle pendant l'été fait bouillonner les eaux du fleuve, ramène les immondices du fond vers la surface et dégage du gaz des marais souvent sous la forme de bulles énormes atteignant parfois un mètre de diamètre. Les sables blancs, les algues vertes et les mollusques que l'on observe à la pointe de l'île de la Grande-Jatte, en amont du collecteur d'Asnières, disparaissent en aval, dès que les eaux de la Seine se trouvent mélangées avec celles de l'égout. La rive est enduite d'un dépôt noirâtre ; le poisson fuit cette partie du courant et se réfugie sur l'autre rive du fleuve, échappant ainsi à l'empoisonnement dont il est menacé. Les masses solides de sables et autres corps pesants forment, aux embouchures des collecteurs, des bancs énormes de vase noire et infecte, dont l'épaisseur varie entre 65 centimètres et 3 mètres, qui s'étendent depuis les collecteurs jusqu'à Marly, et qu'on est obligé d'enlever à la drague, afin d'éviter l'obstruction du lit de la Seine. En 1884, le service de la navigation a dû extraire plus de 125,000 mètres cubes de ces masses fétides, dont on ne sait que faire ; l'Etat et la Ville de Paris ont dépensé de ce chef une somme de 110,000 francs. En 1885, dans l'intérieur de Paris, on a dragué 4,151 m.c. 250 de sable. La dépense s'est élevée à 14,485 francs. Pendant la même époque, en dehors de Paris, c'est-à-dire à l'embouchure des collecteurs, les quantités de sables ont atteint un cube de 85,585 m.c. 950. La Ville de Paris, pour sa part contributive dans les dragages faits par l'Etat, a versé la somme de 90,000 francs. La dépense totale pour le dragage s'élève donc à 104,485 francs. Les ouvriers chargés de ce pénible travail éprouvent parfois des malaises graves, et même, dit-on, des accès de fièvre qui les forcent à interrompre momentanément leur travail.

Les cultivateurs refusent ces sables, parce qu'ils ne sont pas assez riches en engrais pour être fertilisants : on les a employés pour relever les berges de la Seine du côté d'Asnières et dans l'île Saint-Denis. « Cet emploi, dit M. F. Boudet (1), me paraît offrir des inconvénients ; ces sables, étant noirs et chargés de matières organiques en décomposition, altèrent l'eau de la Seine, quand ils y restent, et deviennent un foyer d'émanations insalubres dès qu'ils émergent et se trouvent exposés à l'action de l'air et de la chaleur. »

A Saint-Denis, l'infection s'accroît encore par la réception des eaux industrielles et des eaux-vannes de Bondy que débite le *collecteur départemental*. En effet, ce collecteur reçoit les liquides provenant des vidanges, soit par les exutoires du marais excrémentiel de Bondy, pour employer les expressions significatives de MM. Schlœsing et Bérard, soit par ceux des usines fabriquant les sels ammoniacaux, usines si nombreuses aux environs de Saint-Denis. Ces dernières n'enlèvent aux eaux-vannes que la matière la plus inoffensive, l'ammoniaque tout formé, et les rejettent ensuite dans le fleuve encore chargées de leurs éléments les plus infects.

Plus bas, le fleuve continue à être tapissé de vase noirâtre : La vie animale s'est retirée de ses eaux et la végétation abandonne ses bords (2).

C'est dans cet état qu'il entre à Argenteuil dans le département de Seine-et-Oise ; le barrage de Bezons reporte sur la

de notre premier rapport (1885) ont également disparu. Il ne reste plus que les deux usines de la Cie Fresne (ancienne Cie Lesage) dont l'état laisse toujours à désirer, et une usine municipale, concédée à un M. Malézieux ; elle est très bien aménagée, nous assure-t'on, on peut traiter par jour 1.000 mètres cubes de matières de vidanges. Les eaux résiduaires, au lieu d'emprunter le collecteur départemental, qui les rejetait en Seine à Saint-Denis, sont dirigées sur Gennevilliers par la dérivation de l'ouest.

(1) Bourneville. — *Rapport sur le Projet de loi ayant pour objet l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris et l'assainissement de la Seine*. Réimpression, 1888. Annexe XII, p. 155.

(2) Voir *Progrès médical*, 1892, nº 36, p. 170.

(3) Depuis 1888 jusqu'à ce jour, le département de Seine-et-Oise n'a rien fait, ni en amont, ni en aval, pour supprimer les causes d'infection de la Seine dont il est responsable. Une statistique toute récente a établi que le *tiers* seulement des vidanges de la banlieue arrivait dans les *dépotoirs*. Le surplus, soit les DEUX TIERS, se perd dans le sol par les trous et les fosses à fond perdu ou *est déversé clandestinement dans les égouts.*

(1) Boudet (F.). — *Rapport sur l'altération des eaux de la Seine par les égouts collecteurs d'Asnières et du Nord et sur son assainissement*, fait au Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, le 23 octobre 1874, p. 11. — Voir aussi sur l'*infection de la Seine : Rapport général sur les travaux du Conseil d'hygiène du département de la Seine*, depuis 1867 jusqu'à 1871, p. 136 et 137.

(2) C'est entre la Briche et Argenteuil qu'on observe le maximum d'altération de la Seine, suivant F. Boudet. — Le même auteur cite dans son rapport : 1º une pétition d'un certain nombre de pêcheurs « qui se plaignent du préjudice considérable que leur a fait éprouver la mortalité du poisson, empoisonné par les détritus que le grand égout collecteur d'Asnières projette dans la Seine » ; 2º une autre pétition de pêcheurs de Villeneuve-la-Garenne affirmant que « les boues de l'égout d'Asnières ont fait disparaître complètement le poisson dans la Seine en aval du pont » ; 3º une circulaire télégraphique de M. l'ingénieur Foulard, constatant qu'il a trouvé la Seine couverte de poissons morts et invitant les maires de Rueil, Argenteuil, Chatou et de Bougival à faire procéder au plutôt à l'enfouissement de ces poissons » ; 4º un rapport spécial de M. Gérardin « qui s'est assuré que plusieurs tombereaux de poissons morts ont été enlevés de la Seine, à Asnières, à Argenteuil, en aval de cette ville, et qu'il n'existait plus de poisson entre Asnières et Epinay ». Cela suffit.

rive gauche l'afflux des eaux infectes (1), et les abords de l'écluse de Bougival présentent l'aspect le plus affligeant au cours de l'été. A Marly, le mètre cube renferme plus de 3 gr. d'azote, le litre n'a pas encore repris 2 centimètres cubes d'oxygène, le centimètre cube renferme encore une population de 150,000 microbes. C'est cette eau, chargée de détritus infects, qui est montée par la machine de Marly ; c'est cette eau qui roule sous la magnifique terrasse de Saint-Germain. — *Les populations du département de Seine-et-Oise ont un intérêt évident à encourager toute tentative faite pour améliorer cet état de choses.* Quelques administrateurs sérieux, éclairés et indépendants l'ont bien compris, notamment M. le maire d'Argenteuil, qui a fait parvenir à la Commission une lettre où il réclame, au nom de ses administrés, l'*exécution immédiate* des travaux projetés (2), déclarant, ainsi que l'ont fait également MM. les maires d'Asnières, de Saint-Ouen, de Clichy, la situation absolument intolérable.

Au delà de Saint-Germain, la situation s'améliore peu à peu, mais bien lentement: A Maisons-Laffitte, il y a encore 2 gr. 5 d'azote au mètre cube et 3 cc. 7 d'oxygène seulement au litre. A Poissy, l'azote est de 2 gr. 2, l'oxygène de 6 cc.

A Mantes, l'amélioration s'accentue, mais le mètre cube accuse encore 1 gr. 4 d'azote et l'oxygène n'a pas repris le taux de 9 cc. qu'il avait à Corbeil. L'infection se fait donc encore sentir en ce point, à 86 kilomètres du débouché du grand collecteur ; elle semble s'accuser en s'avançant chaque année vers l'aval, M. Gérardin estime cet avancement à 10 kilomètres environ par an, et déduit de ses dosages oxymétriques que la limite d'infection, qui était en 1874-1875, au barrage de Mézy, à 73 kilomètres du collecteur, avait atteint dès 1880 le barrage de Port-Villez à 123 kilomètres.

La description qui précède met en évidence la marche envahissante de l'infection des eaux de la Seine sous l'influence des égouts de Paris et la nécessité de prendre toutes les mesures les plus efficaces pour remédier à un état de choses qui déjà porte les plus déplorables atteintes au bien-être et à la salubrité publics, sur les deux rives de la Seine, dans une étendue considérable et qui va s'aggravant sans cesse avec une effrayante rapidité.

Il résulte aussi de cette description que l'amélioration, en quelque sorte spontanée, des eaux du fleuve ne se produit qu'avec une extrême lenteur et que l'altération se maintient sur un long parcours : ce n'est qu'aux environs de Mantes qu'elle a recouvré toutes les qualités qu'elle offrait en amont de Corbeil. *Il n'est guère nécessaire d'insister sur les dangers auxquels sont exposés ceux qui boivent des eaux aussi polluées* (ANNEXE, V). Nous nous bornerons à rappeler l'opinion de Snow, partagée par M. Proust, professeur d'hygiène à la Faculté de Paris. Snow a démontré que pour le choléra le danger venait de l'eau contaminée par les déjections et bue par les habitants. Il en est fort probablement de même pour la fièvre typhoïde. C'est là qu'est le danger. La Chambre tout entière s'unira à sa commission, nous en sommes certains, pour reconnaître qu'une réforme est urgente et pour déclarer que *l'assainissement de Paris* ne peut avoir comme suprême expression *l'infection de sa banlieue et des départements voisins.*

Cette description, faite d'après nature et qui s'appuie sur une observation personnelle et sur les rapports des hommes les plus compétents, a le mérite d'être plus complète et plus précise que celle de Jean sans Terre du *Petit Journal.* Elle n'avait pas pour but de provoquer les Parisiens, que cela n'intéresse pas directement mais seulement — et c'est beaucoup d'ailleurs — au point de vue de la *solidarité* qui doit unir Paris à la banlieue. Elle était destinée, montrant le mal sous son hideux aspect, indiquant les redoutables conséquences de la polluation de la Seine, sa transformation en un PETIT GANGE — l'*épidémie* qui a sévi dans les communes situées en aval d'Asnières et qui s'alimentent en eau de Seine ne l'a que trop prouvé, hélas ! — elle était destinée à rendre évidente aux yeux du Parlement l'obligation de porter remède à une situation des plus dangereuses, s'aggravant d'année en année, au point de vue de son intensité et au point de vue du nombre de plus en plus grand des communes riveraines exposées à la contamination par l'usage de l'eau de Seine.

Le *Petit Journal* semble faire croire que personne avant lui n'avait vu les dangers de l'infection de la Seine. Il l'attribue à Durand-Claye, commettant ainsi un déni de justice inqualifiable ; Durand-Claye connaissait le mal ; il voulait y remédier. Et tout ce que peut donner d'efforts, d'activité, de science et de dévouement un bon citoyen, un savant éminent, Durand-Claye l'a donné à cette grande réforme d'hygiène, l'*assainissement de la Seine.* C'est ce que nous mettrons hors de doute dans un prochain article. BOURNEVILLE.

Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique.

(*Première Session de* BRUXELLES: *Septembre* 1892).

La première séance du premier Congrès international de gynécologie et d'obstétrique a eu lieu mercredi dernier 14 septembre, à 2 h. 1/2, au Palais des Académies, à Bruxelles, avec la solennité que savent apporter dans ces fêtes de la science les Universités étrangères. Le Roi, empêché, n'a pu assister à l'inauguration ; mais il s'était fait représenter par le Ministre de l'Agriculture qui a, en Belgique, l'Hygiène dans ses attributions.

Nos lecteurs connaissent pour la plupart ce Palais des Académies à Bruxelles, situé aux abords du Grand Parc, aux côtés du Palais du Roi ; et ils savent qu'au premier étage de ce sévère monument sont aménagés les locaux réservés aux bureaux des Académies des sciences et de médecine. C'est dans la salle des fêtes que se sont déroulées les opérations du Congrès et qu'a eu lieu la séance solennelle.

De loin, deux grandes affiches, haut montées sur de maigres poteaux, annonçaient aux congressistes les bureaux du secrétariat et l'entrée de l'Exposition internationale des instruments de chirurgie annexée à cette première session ; et, entre ces simples portiques, à la façade du Palais, en avant de son élégante balustrade de pierre, flottaient, en longue théorie, les emblèmes de toutes les nations.

Dès la veille, les Belges avaient accueilli dans leurs murs, avec la cordialité la plus franche, les étrangers

(1) Un peu en aval de Bezons, la Seine reçoit les eaux de l'égout de Houilles, achevé au mois de novembre 1886. (Voir ANNEXE III).

(2) « La ville d'Argenteuil, comptant 13,000 habitants, est alimentée par la pompe d'Epinay, qui puise l'eau dans la Seine et fournit non seulement Argenteuil, mais Sannois, Montmorency, etc., soit une population de plus de 40,000 habitants. La mauvaise qualité de l'eau est telle que la Compagnie des Eaux voit diminuer le nombre de ses concessions, bien que la population ait doublé depuis dix ans... Le faible courant du fleuve, atténué encore par le barrage de Bezons, est cause du maintien en suspension des détritus de toutes sortes, issus des collecteurs, et de leur dépot sur les berges en face d'Argenteuil. C'est une cause permanente d'incommodité et d'insalubrite dont la population réclame énergiquement la fin » (Extrait d'une lettre de M. Dantier, maire d'Argenteuil).

venus, qui de l'Allemagne, qui de l'Angleterre, qui de France, voire même de Suède, de Russie et des Etats-Unis d'Amérique. Et le mardi soir, 12 septembre avait eu lieu à la Bourse une réunion pleine d'entrain et de gaîté à laquelle assistait un grand nombre de dames. Ce raout-concert, organisé et offert aux membres du Congrès par la Société belge de gynécologie et d'obstétrique, a été des mieux réussis. Musique charmante et buffet des mieux servis.

Ouvert à 9 heures du soir, il s'est prolongé jusqu'à une heure avancée dans la nuit et a permis aux principaux gynécologistes d'Europe déjà arrivés à Bruxelles de se retrouver depuis le fameux banquet de la section d'obstétrique et de gynécologie à Charlottenbourg, lors du Congrès international de médecine de Berlin en 1890.

Dès ce premier jour, nous avons reconnu parmi les nouveaux venus dans la capitale des Flandres, sans compter tous les chirurgiens et gynécologistes belges (le Pr Thiriar, le président Pr Kufferath, le sympathique secrétaire général le Dr Jacobs, etc., etc., nous ne pouvons tout citer), un certain nombre de praticiens français : les Drs Segond, Péan, Budin, Richelot, Auvard, Charpentier (de Paris), Pr Fochier (Lyon), Pr Gross (Nancy), Pr Crouzat (Toulouse), Doyen (Reims), H. Delagenière (Le Mans), Le Prévost (Havre), Martin (Berlin), Sänger (Leipzig), Porro (Italie), Spencer Wells (Angleterre), A. Doran (Londres), Halberstema (Utrecht), Syneguiroff (Russie), Galactinoff (Moscou), Macken (Dublin), Parwin (New-York), Berry Hart (Stockholm), Ziemlicki (Lemberg), Gardner (Baltimore), etc., etc., sans compter les délégués officiels des gouvernements et des Sociétés qui ont pris la parole à la séance d'ouverture.

M. le Pr Kufferath, président du comité d'organisation, a ouvert la séance en adressant les remerciements du corps médical belge à tous les étrangers venus à Bruxelles. Après avoir insisté sur l'utilité des Congrès spéciaux, il a rappelé l'appui qu'a trouvé de suite le Comité qu'il présidait auprès des différentes Sociétés savantes de Gynécologie et d'Obstétrique, auprès même des Gouvernements qui ont bien voulu envoyer à Bruxelles des délégués spéciaux, auprès du roi Léopold, qui ne dédaigne pas de prendre un réel intérêt aux choses de la science.

M. le Dr Jacobs, secrétaire général, a ensuite rendu compte des travaux faits par le Comité en vue d'arriver à la solennité d'aujourd'hui et des efforts tentés de tous cotés pour aboutir à l'organisation d'une œuvre durable. Le succès a presque dépassé les espérances et les ordres du jour pour les séances ultérieures [illegible] permettent des communications d'une importance qui n'échappera à personne.

Puis, M. de Bruyn, ministre des Travaux publics, de l'Industrie et de l'Agriculture, a, au nom du Gouvernement belge, remercié les membres étrangers. Il a rappelé qu'il y a 40 ans, se réunit à Bruxelles, le 1er Congrès international de médecine et a montré que les vœux émis dans la section d'Hygiène avaient tous été réalisés. Ce qui explique la sollicitude des gouvernements pour les questions scientifiques traitées de la sorte en assemblées internationales. Son discours a été très applaudi par la nombreuse assistance, surtout après qu'il eut renouvelé son invitation pour la fête qu'il a donnée le soir même, en son hôtel, aux membres du Congrès.

Puis, les divers représentants de toutes les nationalités ont pris successivement la parole : Spencer Wells d'abord, au nom de l'Angleterre qui s'est exprimé en anglais, et qui occupait la place d'honneur aux côtés du président et du secrétaire général ; Engelmann, délégué par la Société Gynécologique américaine, qui a parlé aussi en anglais ; le Pr Gusserow (de Berlin) a assuré, en allemand, le bureau de ses efforts au nom de l'Allemagne ; le Dr Péan (de Paris), qui a montré quels progrès la gynécologie moderne avait fait faire à la chirurgie elle-même et dont la présence est toujours dans un Congrès si appréciée des étrangers ; le Dr Engström (d'Helsingfors), qui, comme tous les orateurs qui l'ont suivi, a prononcé son discours en français, au nom de la Finlande ; Cosmolas (d'Athènes), au nom de la Grèce ; Porro professeur à l'Université de Milan, au nom de l'Italie ; le Pr Schonberg (de Christiania), au nom de la Norwège ; le Pr Reis (de Kiew) qui, au nom de la Russie, a fait ressortir l'intérêt des Congrès spéciaux ; le Pr Vuillet (de Genève), qui a demandé pour la Suisse l'honneur d'offrir l'hospitalité aux membres du Congrès lors de leur prochaine réunion ; enfin Westermark (de Stockholm), Treub (Leyden), Pawlacky-Bey (de Constantinople), Cameron (de Glasgow), au nom de la Suède, de la Hollande, de la Turquie et de la Société de Gynécologie de Glasgow.

M. le Pr Kufferath, au nom du Bureau du Comité provisoire, donne alors acte de la démission de ce Bureau ; mais, sur la proposition d'un membre de l'assemblée, le même Bureau est renommé par acclamation.

En voici la constitution :

Président : M. Kuferath, professeur à l'Université de Bruxelles.

Vice-Présidents : MM. Debaisieux, professeur à l'Université de Louvain ; Fraipont, professeur à l'Université de Liège, Tournay, chirurgien-chef de service à la Maternité ; L. Beguin, chirurgien des hôpitaux d'Anvers.

Secrétaire général : M. C. Jacobs, agrégé de l'Université de Bruxelles.

Secrétaire général adjoint : M. Rouffart, agrégé à l'Université de Bruxelles.

Secrétaires : MM. Papelu, Cittadini ; Verdemans ; Boulenger ; Keiffer.

Trésorier : M. Gallon, chirurgien des hôpitaux de Bruxelles.

Présidents d'honneur : MM. [illegible] pour la France, [illegible] pour l'Angleterre ; R. [illegible] (Newcastle-on-Tyne) pour l'Angleterre ; [illegible] pour l'Allemagne ; [illegible] pour la Hollande ; O. [illegible] pour la Norvège ; [illegible] pour la Suède ; L. Meyer [illegible] pour le Danemark ; Wavre [illegible] pour l'Autriche ; A. [illegible] pour la Russie ; [illegible] pour la Roumanie ; [illegible] pour l'Italie ; [illegible] pour l'Espagne ; [illegible] pour la Finlande ; [illegible] pour l'Amérique ; [illegible] pour la Turquie ; [illegible] pour le Portugal.

On nomme également par acclamation les présidents d'honneur.

Nous croyons inutile d'en donner la liste complète, puisqu'elle comprend les savants les plus connus en obstétrique et

(1) On en trouvera [illegible].

en gynécologie dans le monde entier. Bornons-nous à citer les noms des présidents d'honneur pour la France et la Belgique : ce sont MM. Demons (Bordeaux), Fochier (Lyon), Gaulard (Lille), Gupefille (Montpellier), Hergott (Nancy), Laroyenne (Lyon), Lefour (Bordeaux), Péan, Segond, Tarnier, Budin, Pinard (de Paris), pour la France; MM. Charles, Deroubaix, Hyernaux, Hubert, Pigeolet, Sacré, Thiriar, Soupard, Thiry, Vaneau, Wenberghe et von Winiwarter.

Puis M. le Pr Kufferath, dans l'allocution qui a clos la séance, a montré les bienfaits considérables qu'a répandus sur la population féminine bruxelloise l'usage de l'*antisepsie* à la Maternité de la ville où siège de Congrès. Les chiffres qu'il a donnés étaient — point n'est besoin de le faire remarquer — d'une éloquence sans égale. Aussi le public n'a-t-il point ménagé à l'orateur des compliments mérités. Et la première séance du premier Congrès international de gynécologie et d'obstétrique a été close.

Au sortir de la salle des fêtes, M. de Bruyn, ministre des travaux publics, a procédé à l'inauguration de l'Exposition des Instruments de chirurgie ; mais nous n'insisterons pas aujourd'hui sur cette seconde cérémonie, ayant l'intention d'y revenir dans un article spécial.

Ce Congrès, il faut le reconnaître, a été organisé d'une façon presque irréprochable et qui fait grand honneur à son secrétaire général. Mentionnons surtout l'idée fort pratique de la publication quotidienne d'un journal du Congrès, publication basée sur un principe très fécond et qu'il serait déplacé de développer ici : exemple que le Congrès français de chirurgie devrait suivre dès l'année prochaine et que l'Association française pour l'avancement des sciences pourrait utilement mettre à profit. De plus, chaque matin, ont eu lieu, dans les hôpitaux de la ville, une série d'opérations pratiquées non seulement par les chirurgiens bruxellois mais par leurs hôtes. C'est ainsi qu'à l'Institut gynécologique d'Anderlecht, le mercredi 14, M. le Dr Segond (de Paris) a fait une hystérectomie vaginale par morcellement dans un cas compliqué de suppurations pelviennes ; que, le lendemain, M. le Pr Sänger (de Leipsig) a dû opérer un prolapsus vaginal par un procédé particulier et encore inédit ; que, le surlendemain, enfin, M. le Dr A. Martin (de Berlin) devait faire une myômectomie.

Le mercredi 14, aux hôpitaux Saint-Jean et Saint-Pierre opéraient MM. les Drs Rouffart, Sauré, Lavisé, Thiriar, etc. Nous avons eu la bonne fortune d'assister ce jour-là à la série d'interventions de M. le Pr Thiriar, qui, comme chacun sait, est l'un des membres étrangers les plus assidus de nos Congrès français de chirurgie. On est heureux, hors de sa patrie, d'être reçu avec autant de sympathie par des amis et des défenseurs aussi dévoués de la science française. Citons, parmi les intéressantes interventions qu'il a exécutées durant le Congrès, celles de mercredi, une gastrostomie en deux temps (1er temps) et une énucléation de fibrome utérin par la voie abdominale.

Entre temps, notre ami, M. le Dr Depage, nous avait montré la nouvelle salle d'opérations qu'il a installée dans la maison de santé privée où opère en ville son maître le professeur Thiriar. Mentionnons d'une façon toute particulière le mode de chauffage de l'eau stérilisée et des diverses solutions antiseptiques, d'une simplicité et d'une commodité exemplaires. M. le Dr Thiriar a profité de notre court séjour pour nous montrer divers opérés de son important service de l'hôpital Saint-Pierre. Nous sommes heureux de pouvoir le premier lui présenter ici, au nom de la presse française, tous nos remerciements pour son accueil sympathique envers tous nos compatriotes.

En somme, de toutes parts, réception la plus franche, hospitalité la plus cordiale. A la séance solennelle, presque tous les étrangers, comme on a pu le remarquer dans l'énumération précédente, se sont exprimés en français. C'est d'ailleurs un succès véritable pour la Belgique, pour la gynécologie et l'obstétrique. Nous enregistrons avec le plaisir le plus vif la réussite de cette première et audacieuse tentative, les résultats de ces premières journées, qui, nous en sommes sûr dès maintenant, auront un lendemain brillant. Marcel Baudouin.

Inspection médicale des écoles de la ville de Paris. — Par arrêt en date du 11 juillet, il est institué une Commission chargée d'étudier la réorganisation du service de l'inspection médicale des écoles de la ville de Paris. Cette Commission sera constituée ainsi qu'il suit : le Préfet de la Seine, président ; MM. Levraud, membre du Conseil municipal, vice-président ; Pierre Baudin, Blondel, Dubois, Gaufier, Ch. Longuet, Prudent-Dervillers, Stupuy, Vaillant, conseillers municipaux ; Carriot, directeur de l'enseignement primaire ; Menant, directeur des affaires municipales ; Vavasseur, maire du IIe arrondissement ; Duval, adjoint au maire du XIe arrondissement ; Vaquez, adjoint au maire du XVIe arrondissement ; Auvert, inspecteur de l'enseignement primaire ; Gaillard, inspecteur de l'enseignement primaire ; Vincent, inspecteur de l'enseignement primaire ; Manginot, médecin-inspecteur des écoles, président honoraire de la Société des médecins-inspecteurs ; A.-J. Martin, docteur en médecine, membre du comité consultatif d'hygiène publique de France, secrétaire général du conseil supérieur de l'Assistance publique, chargé du cours de l'enseignement de l'hygiène à l'Hôtel de Ville ; Blayac, médecin-inspecteur des écoles ; Brochin, ancien médecin inspecteur du personnel des écoles ; Chevallereau, directeur du journal *La France médicale* ; Regimbeau, inspecteur principal des écoles (contrôle des dépenses) ; Mmes Schifer, inspectrice des écoles (contrôle des dépenses) ; Berecka, inspectrice departementale des écoles maternelles ; MM. May, chef du bureau central de la direction de l'enseignement ; Leroux, chef du 2e bureau (personnel) de la direction de l'enseignement ; Fleuriot, directeur d'école communale, membre du conseil départemental ; Dangeuger, directeur d'école communale, secrétaire.

Etuves a désinfection. — La ville de Poitiers vient d'installer à l'Hotel-Dieu de cette ville une étuve à désinfection. Une ordonnance sur le service de désinfection a été affichée par toute la ville (*Poitou Médical*).

La viande de chien a Munich. — Un document officiel nous apprend qu'à Munich, en ce moment, le nombre des abattoirs de chiens se multiplie d'une façon absolument exagérée. Le fait s'explique par cette particularite que la plupart des animaux qu'on y amène proviennent de vols. Mais le gout des habitants de Munich est vraiment singulier. Il parait que l'habitude de manger ainsi l'ami de l'homme aurait été importée par les nombreux ouvriers italiens qui travaillent actuellement dans la capitale de la Bavière. Toujours est-il qu'on ne se contente pas de l'utiliser pour falsifier le saucisson, mais qu'on le mange à toutes sauces et sous toutes les formes. (*Rev. scientif.*)

Photographie de l'émission de voyelles. — Au récent Congrès international de physiologie, tenu à Liège, M. Hermann a fait connaître un procédé de photographie des émissions de voyelles. Les voyelles sont chantées devant un phonographe d'Edison. On reproduit ensuite, mais en tournant très lentement, les vibrations sur le microphone récepteur. Ce dernier est armé d'un miroir qui réfléchit la lumière d'une lampe électrique sur un cylindre enregistreur, garni d'un papier sensible et protégé par un cylindre portant simplement une fente donnant passage à ce point lumineux réfléchi. On obtient ainsi des tracés phonographiques très nets et d'une constance remarquable pour une même lettre.

(*Rev. scientif.*)

CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE & DE SYPHILIGRAPHIE

Vienne, 5 septembre 1892.

Après le Congrès international de Dermatologie tenu à Paris en 1889, les dermatologistes viennois ont tenu à recevoir le second Congrès dans la ville illustrée par Hebra. Certaines circonstances ont failli faire échouer ce Congrès, notamment l'épidémie de choléra; il a même été sérieusement question de l'ajourner, mais comme le choléra s'est en somme limité jusqu'à présent à un petit nombre de points, on s'est décidé à passer outre; cependant, certains dermatologistes ont manqué à l'appel, surtout ceux de l'Allemagne du Nord.

Malgré ce contretemps fâcheux, l'assemblée était des plus nombreuses et remplissait presque la magnifique salle de l'Université où se tiennent les séances.

Le Congrès a été ouvert par le professeur Kaposi, président du Comité d'organisation. Après avoir rappelé l'histoire du premier Congrès, il a fait l'éloge de l'hôpital Saint-Louis et de son musée, qui constituent un ensemble, un groupement de malades et une accumulation de documents unique en son genre. Vienne était tout indiquée pour le second Congrès, parce que c'est là que Hebra père a fondé la dermatologie scientifique. Les difficultés ont été grandes, mais il est heureux de voir qu'un grand nombre de dermatologistes de tous les pays se sont rendus à leur appel.

Ensuite, prenant la parole en français, il a remercié les Français de leur envoi de moulages et de tableaux pour l'exposition dermatologique et leur souhaite la bienvenue, notamment au professeur Hardy. En anglais, il fait accueil aux anglais et aux américains, en français enfin à toutes les autres nations.

Des discours ont ensuite été prononcés par M. Rittner, délégué du ministre de l'instruction publique, par le représentant du bourgmestre, par le professeur Ludwig, recteur de l'Université, qui, au nom de leurs corps respectifs, ont souhaité la bienvenue au Congrès.

M. le Pr Newmann, au nom de la Société viennoise de Dermatologie, a rappelé l'histoire de l'école de Vienne et montré tout ce que la science doit aux grands Viennois d'autrefois, van Swieten, Plenck, Swediaur et plus récemment Hebra, Sigmund, von Zeisse et Auspitz, pour ne nommer que ceux qui ne sont plus là.

M. Riehl, secrétaire général du comité d'organisation, dit qu'il a essayé de faire aussi bien qu'à Paris et remercie tous ceux qui l'ont aidé, et notamment le Dr Feulard, de Paris, dont l'expérience en cette matière lui a été fort utile.

Le Comité d'organisation est réélu ensuite par acclamation et constitue le bureau du Congrès avec MM. Kaposi comme président et Riehl comme secrétaire général. Le Pr Hardy est nommé président d'honneur, et un certain nombre de dermatologistes éminents de tous les pays sont nommés vice-présidents.

Le premier discours est prononcé par M. Hardy, et porte sur les *progrès de la dermatologie*. Il remarque que cette science ne date guère que d'un siècle. Cependant, au siècle dernier, les premières assises en avaient été posées par le Français Lorry et le Viennois Plenck. Chose curieuse, on trouve déjà chez ces deux auteurs le premier indice des divergences qui s'accuseront plus tard entre les deux écoles. En effet, Lorry faisait jouer un grand rôle aux causes internes et aux maladies constitutionnelles dans le développement des maladies de la peau que Plenck attribue presque exclusivement à des causes externes. A la fin du siècle, William et son élève Bateman ont beaucoup fait pour préparer la voie des grands dermatologistes français du commencement du siècle, Rayer, Gibert, Biett et Cazenave. Plus près de nous, trois noms dominent toute l'histoire de la Dermatologie : Hebra à Vienne, Bazin à Paris et Wilson à Londres. Ils ont donné une impulsion qui s'est depuis toujours continuée et qui, surtout dans ces derniers temps, a été considérablement favorisée par la création d'hôpitaux ou de services spéciaux, de laboratoires destinés aux recherches bactériologiques et microscopiques et par le perfectionnement des méthodes de reproduction par la chromolithographie, la photographie et les moulages. M. Hardy a ensuite passé en revue tous les progrès récents en anatomie pathologique, en clinique et en thérapeutique, laquelle a une tendance marquée à devenir de plus en plus chirurgicale pour un certain nombre de maladies.

La première question mise à l'ordre du jour était la *distribution géographique et la prophylaxie de la lèpre.*

M. Arning, l'un des rapporteurs, étant absent, son mémoire a été lu par M. Rielh, secrétaire général. Voici quelles sont ses conclusions :

La lèpre est une maladie contagieuse chronique, de l'homme exclusivement. Elle se communique soit directement soit indirectement par le bacillus lepræ. Il convient de ne pas méconnaître l'importance de cette maladie pour l'Europe. Outre les anciens foyers européens, de nouveaux centres endémiques se sont formés en Europe depuis quelques dizaines d'années. Il n'y a pas moyen de préciser les conditions, favorisant le développement et la persistance des endémies lépreuses. Il ne faut pas les attribuer exclusivement à des circonstances hygiéniques défavorables, pas plus qu'à une forme spéciale de nourriture. Dans les foyers anciens, il faut tenir compte de la nationalité des cas, de l'accroissement et du décroissement du nombre des victimes et s'il y a lieu d'une extension périphérique du foyer original. Il faut que dans les parties de l'Europe exemptes de la lèpre endémique, la police sanitaire surveille les lépreux immigrants, provenant soit des anciens foyers européens, soit des foyers situés hors de l'Europe, et qu'elle contrôle continuellement leur nationalité, leur famille et leur séjour. Il faudrait tâcher que ce contrôle eût un caractère international. Ce n'est que quand la maladie se propage actuellement et qu'elle affecte un caractère endémique, que la ségrégation rigoureuse des malades devient une mesure sanitaire indispensable. Pareille isolation doit s'opérer également aux anciens foyers endémiques de la lèpre. Une telle ségrégation est seule capable de réduire sérieusement le chiffre des atteintes dans un laps de temps relativement bref, peut-être même de faire disparaître la maladie.

M. Zeferino Falcao, de Lisbonne, constate qu'en Portugal il existe bien des hôpitaux spéciaux pour les lépreux mais que, comme l'isolement n'est pas obligatoire et que les lépreux ne sont l'objet d'aucune répulsion, ils vivent en promiscuité absolue avec les individus sains. Malgré l'extrême difficulté de l'enquête, il est très certain que la lèpre est beaucoup plus fréquente chez les descendants de lépreux, de sorte que tout en admettant la contagion il faut bien reconnaître que l'hérédité est très fréquente. Il cite le cas d'un fils de lépreux qui perdit son père à cinq ans, qui fut élevé à Paris et en Allemagne et qui n'en devint pas moins lui-même lépreux à trente-deux ans. La lèpre est plus fréquente chez les hommes et absolument rare chez les blonds.

Parmi les causes banales si souvent invoquées, aucun ne trouve sa confirmation dans les faits observés par Falcao; l'alimentation n'a aucune influence et la lèpre peut s'observer dans toutes les classes de la société. Elle se présente surtout sous la forme tubéreuse, tandis que la forme nerveuse est très rare.

Il existe un certain nombre de foyers autochtones dans les provinces de Beira d'Estramadure et des Algarves. Il est certain que plusieurs foyers sont en voie de décroissance, mais, comme d'autre part on en signale de nouveaux, on ne peut pas savoir si la lèpre augmente ou diminue en Portugal. L'isolement des lépreux est une mesure qui s'impose, mais il est impossible d'espérer de faire disparaitre la maladie à cause des constantes importations du Brésil, où elle est très répandue.

Le traitement recommandé par Falcao est l'acide gynocardique, à l'intérieur, aidé par un traitement local avec les agents réducteurs et des cautérisations galvaniques. L'huile de Chaulmoogre est mal supportée dans les climats chauds comme le Portugal.

M. le Dr Kalindero, de Bukharest, donne ensuite le résultat de ses observations sur *la lèpre dans la péninsule des Bal-*

kans. Il se déclare franchement contagionniste et admet que le contage peut pénétrer à travers la peau saine par les follicules pileux. Il a constaté la transmission par l'allaitement et aurait même trouvé des bacilles sur la peau du mamelon d'une nourrice lépreuse. Parmi les moyens de transmission médiate, il n'admet guère que la vaccination jennérienne. Quant à l'hérédité, elle est probable mais non pas prouvée, car on n'a jamais vu de fœtus lépreux. Pour le démontrer, il faudrait isoler de leur famille, dès leur naissance, des enfants de lépreux. Comme moyen de diagnostic d'avec la syringomyélie, il recommande l'application d'un vésicatoire et la recherche du bacille dans le liquide du vésicatoire vers le troisième ou quatrième jour. M. Kalindero n'a jamais guéri un lépreux, il en a cependant amélioré par l'usage du pétrole brut à l'extérieur et à l'intérieur, il en donna 1 gr. 5 par jour en capsules. Cela réussit tout aussi bien que l'huile de Chaulmoogre ou l'ichthyol. Il finit en recommandant l'isolement des lépreux pour se défendre contre l'importation orientale.

M. le Dr Neumann, de Vienne, lit une étude sur *la lèpre en Bosnie*, où elle est en somme peu répandue.

M. le Dr Campana, de Gênes, (*Sur un bacille analogue à celui de la lèpre*), a fait des cultures sur un milieu formé de bouillon neutre ou alcalin, peptonisé, avec 3 °/₀ de glycose et solidifié par l'agar. Dans 7 cas de lèpre anesthésique, il a obtenu un microbe toujours identique à lui-même, qui, au 7e jour, forme des colonies dans la profondeur. C'est un bacille qui a toutes les réactions colorantes de la lèpre sauf qu'il se décolore par la méthode de Ehrlich. Il est très disposé à croire qu'il s'agit du bacille de la lèpre, mais l'absence d'inoculations positives l'oblige à rester dans le doute.

M. le Dr Köbner, de Berlin, conteste l'exactitude du pricipe posé par Arning que dans les nouveaux foyers de lèpre on ne trouve que la forme tuberculeuse et que la forme nerveuse prédomine dans les anciens foyers. A deux époques successives, il a étudié la lèpre dans la rivière de Gênes où se trouvent de très anciennes colonies de lépreux actuellement à peu près cantonnées dans les petites vallées latérales. Il a trouvé bon nombre de cas de lèpre tubéreuse, mais jamais un seul cas de lèpre anesthésique.

Il a essayé d'inoculer la lèpre à des poissons de mer, mais il n'a pas obtenu de résultats. Sur des anguilles, il a vu les bacilles persister fort longtemps au point d'inoculation, ce qui ne prouve rien; cependant, quelques anguilles ont présenté au bout de quelques semaines des taches blanches sur la peau.

Entre la séance d'ouverture proprement dite et la séance qu'on pourrait qualifier de scientifique a eu lieu la visite de l'*Exposition dermatologique* réunie dans les salles voisines. On y voit bon nombre de choses intéressantes, sur lesquelles je reviendrai plus tard.

Après la séance, les membres du Congrès ont été reçus à l'Hôtel de Ville qui est de construction toute récente et qui, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, est un palais incomparable. Après avoir traversé une suite de salles toutes plus somptueuses les unes que les autres, et dont plusieurs sont consacrées à un musée d'armes, les membres du Congrès ont enfin fait une collation très élégamment servie. On s'est encore retrouvé le soir à l'Opéra. Un certain nombre de billets avaient été mis à la disposition du président du Congrès et tout le Congrès a pu assister à deux ballets et à la *Cavaleria rusticana*, exécutés par la meilleure troupe d'Allemagne. W. Dubreuilh.

Séance du 6 septembre 1892.

La séance est ouverte par un discours du professeur Neumann sur les *formes tardives de la syphilis*. Il admet que l'absence ou l'insuffisance du traitement au début de la maladie joue un rôle important dans la production des accidents tertiaires. Il en est de même des maladies générales cachectisantes comme la tuberculose, l'impaludisme, le scorbut, le diabète, le mal de Bright et l'alcoolisme chronique. La syphilis a une grande tendance à reparaître dans les points qu'elle a une première fois atteints et les accidents tertiaires sont sous l'influence d'une des causes générales précédemment signalées. Sur 9,742 cas de syphilis, Neumann a vu 665 cas de syphilis tertiaires, soit 6.82 0/0. Sur 373 cas, où la date de l'infection a pu être établie, les accidents tertiaires ont apparu 221 fois entre la deuxième et la dixième année après l'infection. Ils sont beaucoup plus fréquents chez les individus mal nourris ou surmenés par le travail et il est à noter que sur 361 femmes atteintes de syphilis tertiaire il n'y a que 16 prostituées. Deux tiers de malades n'avaient jamais subi aucun traitement pour les accidents primitifs ou secondaires.

Il n'y a pas de raison absolue pour ne pas admettre l'existence de la syphilis héréditaire tardive, vraie, c'est-à-dire celle dont les *premières* manifestations apparaissent plusieurs années après la naissance, car puisque le virus de la syphilis acquise peut rester latent pendant des années, il pourrait bien en être de même du virus reçu *in utero*.

La syphilis est endémique dans certains pays, où elle est connue sous les noms de Radesyge en Norvège, de Skerljevo en Dalmatie, de Frenjak en Bosnie et en Herzégovine. Il s'agit d'accidents tertiaires mais non pas de syphilis héréditaires car les malades ont généralement un âge plus avancé que les hérédo-syphilitiques et n'en présentent aucun des caractères, tels que l'infantilisme. Ce sont des syphilis acquises et le plus souvent par des voies extra-génitales qui sont favorisées par les coutumes du pays.

M. le Dr Lewin, de Berlin, pense que le microbe encore hypothétique de la syphilis agit non pas mécaniquement par sa présence mais plutôt par les toxines qu'il sécrète; la variété des manifestations syphilitiques peut très bien s'expliquer par des différences dans la quantité et la qualité des toxines sécrétées. Il est possible et même probable que ce poison une fois formé peut rester pendant longtemps dans l'organisme à l'état latent et peut-être sous forme insoluble, comme il arrive pour le plomb.

M. le Pr Romniceano, de Bukharest, a donné les résultats de ses observations sur 723 cas de syphilis infantile observés dans l'hôpital des enfants de Bukharest. On peut extraire de sa communication les faits suivants. La bronchopneumonie est particulièrement fréquente et grave chez les enfants syphilitiques. La première manifestation de la maladie est généralement le coryza, puis viennent les plaques muqueuses. Il a également, dans quelques cas, observé des pemphyses palmaire et plantaire dans les premiers jours après la naissance, des tournioles, des abcès, des blépharites, des arthrites suppurées. Il remarque la fréquence de la tuberculose chez les hérédo-syphilitiques. Le traitement a consisté en frictions à la dose de 2 gr. par jour faites sur le dos ou la poitrine, ce qui permet de moins découvrir l'enfant; elles y sont d'ailleurs mieux supportées et déterminent moins d'irritation que dans les autres régions. Il n'a jamais observé de salivation ni de stomatite, même avec des doses bien plus fortes. Les injections sous-cutanées de mercure donnent des abcès et sont trop douloureuses.

M. le Pr Hardy, de Paris, fait remarquer que la syphilis héréditaire fait très rarement son apparition après le 6e mois, il ne l'a lui-même presque jamais observée. Dans les cas où les premières manifestations paraissent plus tardives, c'est que les premiers symptômes : roséole, plaques muqueuses, etc., ont été très légers et ont passé inaperçus.

M. Feulard confirme la rareté de la salivation chez les enfants et remarque que chez les enfants atteints de croup et traités par des doses massives de mercure en frictions, suivant la méthode de Catuffe, on ne remarque pas non plus de salivation.

M. Schroimmer traite les enfants syphilitiques par les bains de sublimé.

M. Romniceano n'emploie pas les bains pour les petits enfants, parce qu'il est trop difficile de les y faire rester tranquilles et parce qu'il est à craindre qu'ils n'en boivent.

M. Jon. Hutchinson, de Londres, reconnaît la rareté de la salivation chez les enfants, mais il a remarqué que les enfants qui avaient pris beaucoup de mercure dans leurs premières années avaient plus tard une dentition permanente fort défectueuse.

M. le Dr Mracek, de Vienne, étudie la *syphilis du cœur*. Il faut distinguer les lésions syphilitiques proprement dites et les lésions consécutives, mais non spécifiques. Dans le premier

groupe, on trouve en première ligne des gommes et le myocarde, en deuxième ligne des lésions diffuses comme la myocardite fibreuse. Celle-ci est rarement générale, elle paraît débuter autour des vaisseaux quoique le fait soit difficile à établir. Les lésions secondaires sont d'abord des troubles nutritifs ischémiques dus aux lésions artérielles, elles peuvent aller jusqu'à la nécrose du myocarde. Il peut également se produire des anévrysmes qui siègent surtout à la pointe.

Il peut y avoir des lésions du péricarde, surtout dans la syphilis héréditaire. Quant aux lésions ulcéreuses de l'endocardite, elles sont secondaires à la syphilis. Le diagnostic est toujours difficile, on ne peut guère reconnaître cliniquement que l'hypertrophie du cœur dans quelques cas.

La deuxième partie de la séance a été consacrée à l'étude des *lésions lymphoïdes de la peau.*

Après une revue générale de la question par le Dr PALTAUF; M. le Dr RIEHL a rapporté une observation de leucocythémie ganglionnaire qui s'est accompagnée de rougeur diffuse de la peau avec point intense. La peau était très dure et épaissie au point de fournir en certains points de gros bourrelets saillants, mais il n'y avait pas de tumeurs limitées. L'épiderme aminci était excorié en beaucoup d'endroits. A l'autopsie on a trouvé les ganglions lymphatiques tuméfiés et quelques-uns caséeux. La peau présentait des foyers d'infiltration lymphoïde avec reticulum.

MM. BESNIER et HALLOPEAU, de Paris. — L'érythrodermie diffuse est une manifestation peu connue du mycosis fongoïde. Elle peut être précoce et antérieure aux tumeurs ou tardive, et survenir quand les tumeurs mycosiques existent déjà depuis plusieurs années. Elle apparaît quelquefois à la suite d'une irritation quelconque, telle qu'un bain, et elle reste généralement partielle. La peau est extrêmement dure; elle est épaissie, les plis sont exagérés, de sorte qu'on voit de véritables bourrelets surtout aux aisselles. L'érythrodermie s'accompagne d'adénopathies, d'un prurit intense et de lésions de grattage consécutives. L'éruption se fait souvent par poussées accompagnées de fièvre, une fois faite elle persiste à part des régressions locales sous forme de plaques nummulaires blanches, décolorées, déprimées par rapport aux parties voisines. L'examen microscopique d'un fragment de peau excisé peut éclairer le diagnostic.

M. le Pr BREDA, de Padoue, rapporte également une observation de *mycosis fongoïde, accompagné d'érythrodermie.*

M. VIDAL, de Paris, rappelle qu'au Congrès de dermatologie de Paris, il a montré que dans le groupe lichen, il faut faire une place pour le lichen simplex qui est une névrodermite plus voisine au point de vue étiologique de l'urticaire que de l'eczéma avec lequel il est souvent confondu. Il en est de même pour la maladie désignée du nom de prurigo de Hebra. Dans cette affection, le phénomène primitif n'est pas la papule ainsi que le prétend Hebra, c'est le prurit et la papule ne vient qu'après consécutivement au grattage. Le prurigo de Hebra peut débuter après la première enfance, contrairement à l'opinion classique, et même jusqu'à 30 ans. Tous les sujets sont scrofuleux ou lymphatiques et la maladie est due à deux facteurs, le système nerveux et la constitution, c'est une névrodermite chez un scrofuleux.

M. GAUCHER, de Paris, est parfaitement d'accord avec M. Vidal, relativement à la nature lymphatique du prurigo, mais il croit qu'il faut maintenir la destruction du lichen et du prurigo et que celui-ci est une maladie à part. Il a du reste été fort bien décrit avant Hebra par les auteurs français et notamment par Cazenave et par Devergie sous le nom de prurigo compliqué.

Séance du 7 septembre 1892.

La première question mise en discussion a été l'origine du pigment de la peau. Le Pr JARISCH, de Imsbruck, soutient la production autochtone du pigment de la peau, dans le lieu où on le trouve et nie le transport par les cellules du pigment du derme dans l'épiderme. Le Dr EHRMANN, de Vienne, maintient que le pigment provient du sang et qu'il est transporté dans l'épiderme par les cellules migratrices. Chez les animaux dont les œufs ne sont pas pigmentés, le pigment n'apparaît dans l'embryon qu'après la formation du sang dans le mésoderme.

M. le Pr LUDWIG, de Vienne, fait une communication sur la recherche du mercure dans l'organisme. Sa méthode repose sur la précipitation du mercure en solution dans un liquide par une poussière métallique. Il s'est surtout servi du zinc en poussière du commerce. Si on agite avec cette poussière de zinc le liquide en expérience, tout le mercure est précipité en quelques minutes sous forme d'amalgame. On recueille le précipité, on le lave, à l'eau, à l'alcool, on le sèche et on le chauffe dans un tube de verre traversé par un courant d'air. Le mercure s'évapore et va former une buée au delà du point chauffé. On peut ainsi constater la présence du mercure, même en quantité infinitésimale, et le procédé est assez facile pour être employé en clinique. Il peut également s'appliquer à la recherche du mercure dans les différents tissus, et ce point a fait l'objet d'une communication de M. le Dr ULLMANN. — Celui-ci, chez des animaux intoxiqués par la voie sous-cutanée, a trouvé le mercure presque partout, mais surtout dans le foie, l'intestin, les glandes salivaires et le cerveau.

Le Pr LEWIN, de Berlin, fait une communication sur les éruptions médicamenteuses. Il compte plus de cent médicaments capables de provoquer des éruptions, soit par l'usage externe, soit par l'usage interne. Dans ce dernier cas, il faut une prédisposition plus rare.

Parmi les questions à l'ordre du jour se trouvait celle des psorospermies.

M. C. BOECK, de Christiania, fait l'histoire de la psorospermiose folliculaire végétante de Darier. Il montre des photographies des 4 cas qu'il a lui-même observés. Le point le plus intéressant est la nature des corpuscules ronds décrits par Darier et considérés par lui comme des parasites de l'ordre des psorospermies. Bœck ne peut pas se ranger à cet avis. Il croit qu'il s'agit, non de parasites, mais simplement d'altérations cellulaires.

M. le Dr NEISSER, de Breslau. — Il est deux maladies qui paraissent se prêter tout particulièrement à l'étude des psorospermies. Ce sont, d'une part, la maladie de Paget, d'autre part le molluscum contagiosum. Dans la première, la nature parasitaire de la maladie et des corpuscules ronds qu'on y voit n'est pas encore faite. Pour le molluscum, on peut considérer le fait comme établi. Neisser a pu suivre presque tous les stades de l'évolution de ces corpuscules et a pu constater qu'elle répond à peu près à celle des psorospermies du foie du lapin.

M. le D TÖRÖCK (Buda-Pesth) ne veut pas repousser *a priori* la nature parasitaire, mais il croit que la preuve n'est pas faite, pas plus pour le molluscum que pour la maladie de Paget et le cancer.

M. le Dr EHRMANN croit à la nature parasitaire du molluscum, mais surtout en se basant sur la contagiosité, et il rapporte un fait de transmission très net.

M. FEULARD lit, au nom de M. AUBERT, de Lyon, une note sur la pénétration des pommades à travers la peau; il incorporait de l'atropine à la pommade, puis après l'application, savonnait la partie traitée, faisait courir le sujet et étudiait la sécrétion de la sueur par la méthode des empreintes. Quand l'application est faite par simple onction, ce sont les huiles et l'axonge qui pénètrent le mieux; la vaseline, le cérat, la lanoline ne pénètrent pour ainsi dire pas. Quand l'application est faite au moyen d'une friction énergique, la lanoline favorise le plus la pénétration du médicament parce que sa viscosité est telle que la friction entraine toujours quelques érosions, ou l'arrachement de quelques poils. Du reste, on peut, à ce point de vue, remplacer la lanoline par divers mélanges également visqueux et qui ont dès lors la même propriété.

Le Dr SOFFANTINI fait une communication sur le traitement thermal des dermatoses par les eaux de Aquarossa. Ce sont des eaux ferrugineuses acidulées contenant de l'arsenic et de la lithine; elles ont une température de [illegible] et s'emploient tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Séance du 8 septembre 1892.

La séance est ouverte par un rapport très complet du Pr NEISSER, dont voici les conclusions.

Propositions se rapportant au *référé* du Dr NEISSER : *Principes du traitement de la gonorrhée*. — I. L'extension et l'importance des affections gonorrhoïques chez l'homme et surtout chez la femme sont si grandes, qu'il faut s'efforcer de mettre entre les mains de tous les médecins — et non des spécialistes seulement — un traitement rationnel et introduire dans les instructions de la police sanitaire des mesures de prophylaxie [illegible] qui ne soient pas dirigées uniquement contre la syphilis.

II. — La base de toutes les mesures prophylactiques et thérapeutiques est le fait reconnu que les gonocoques sont la cause de l'infection gonorrhoïque et la possibilité d'établir la présence et le siège de la maladie dans chacune de ses phases. [illegible] est impossible dans beaucoup [illegible] dans [illegible] les cas [illegible] chroniques sans l'examen microscopique des [illegible] de la muqueuse au point de vue de la présence de gonocoques. L'examen macroscopique seul, notamment chez la femme, n'a absolument aucune valeur. L'examen microscopique suffira dans la plupart des cas; répété assez souvent, il permet presque toujours un diagnostic certain. Le procédé de culture sera réservé pour des cas rares.

III. — Le danger de la gonorrhée consiste en ceci : 1° Que le virus gonorrhoïque et les processus pathologiques provoqués par lui ne restent pas localisés sur les parties de la muqueuse primitivement infectées, mais que : *a)* chez l'homme, l'urèthre postérieur, difficilement accessible au traitement, et de là le cordon spermatique et l'épididyme, [illegible] d'azoospermie, peuvent être atteints et qu'il peut survenir des complications du côté de la prostate, de la vessie, etc. ; *b)* chez la femme, l'utérus, les trompes, les ovaires et les feuillets enveloppants du péritoine peuvent participer à l'affection. — 2° Que le virus [illegible] dans les [illegible] ulcéreuses, envahit les couches profondes de l'épithélium. De cette extension dans les [illegible], il résulte que le virus peut se maintenir pendant des mois et des années en des points difficilement ou pas du tout accessibles, c'est-à-dire qu'il peut se former une source chronique d'infection. Par conséquent, c'est seulement dans les premières phases que le virus se trouve en des points assez accessibles (chez l'homme, l'urèthre antérieur, chez la femme, [illegible]) dans des couches épithéliales assez superficielles pour que le traitement [illegible] et puisse être fait chez l'homme, [illegible] à cause de l'extension considérable de la maladie. Le traitement de la gonorrhée doit donc avoir [illegible] une uréthrite antérieure de se transformer en [illegible], une gonorrhée chronique. Il doit [illegible] aussitôt que possible après l'infection, [illegible] les conditions suivantes.

IV. — Il ne faut employer que des médicaments ayant les propriétés suivantes : *a)* tuer les gonocoques; *b)* [illegible] aussi peu que possible l'inflammation [illegible] la muqueuse elle-même. Nitrate d'argent, 1 : 4,000 — 1 : 2,000. Sulfo-[illegible] d'ammoniaque 1 : 100. [illegible] de [illegible] [illegible] de phénique et de salicylate [illegible] Sublimé 1 : [illegible] 00 — 1 : 20 000.

Les remèdes non appropriés sont : Les médicaments [illegible] astringents (faisant courir le danger du transport des gonocoques par l'injection). Les remèdes suivants sont [illegible] (dans la période initiale) : Les solutions [illegible] danger de la formation de rétrécissements [illegible] des procédés mécaniques de traitement [illegible] l'introduction de bougies, etc.

V. — La meilleure méthode de traitement [illegible] est l'irrigation fréquente de l'urèthre, [illegible] autant que possible toutes les parties de [illegible]. Chez l'homme, pour des [illegible] l'extension considérable [illegible] par des injections [illegible] d'une grosse seringue [illegible]. Chez la femme, [illegible] des procédés [illegible] de l'urèthre [illegible] comme [illegible] que la [illegible] autant que possible [illegible].

VI. — Dans tous les cas [illegible] il [illegible] d'y avoir [illegible] le traitement [illegible].

VII. — [illegible] par [illegible] du [illegible].

VIII. — Le traitement [illegible] la gonorrhée chronique — chez l'homme et chez la femme exige au préalable que l'on sache s'il s'agit encore vraiment ou non d'une infection gonorrhéique, c'est-à-dire virulente.

IX. — S'il y a encore (chez l'homme) du virus gonorrhéique dans l'exsudat de l'urèthre antérieur ou de l'urèthre postérieur, on s'efforcera de le détruire, surtout à l'aide des irrigations ou par les instillations de Guyon. Si l'uréthrite chronique n'a plus le caractère contagieux, le traitement dépendra éventuellement des conditions anatomo-pathologiques de la muqueuse et du tissu sous-muqueux. Dans la plupart des cas il s'agit de processus si insignifiants que je recommande tout au plus des irrigations ou instillations, mais je [illegible] conseille habituellement tout traitement [illegible]. Les altérations plus profondes de la muqueuse [illegible] d'une manière précise (sondes, endoscopie [illegible] (dilatation, massage, cautérisation, etc.).

X. — Le traitement de la gonorrhée de la femme est beaucoup plus difficile que celui de la gonorrhée de l'homme. Sans l'examen microscopique [illegible] il est impossible de se rendre compte du résultat thérapeutique. Le traitement de la gonorrhée [illegible] doit être fait aussitôt que possible et d'autant plus [illegible] que l'infection de l'utérus, des trompes, des ovaires, du péritoine, qui se produirait [illegible] extrêmement pénible et dont le [illegible] sérieuses sont bien [illegible].

XI. — La fréquence de la gonorrhée rectale et son traitement [illegible] qu'on ne lui en a prêté jusqu'ici, car l'infection rectale gonorrhéique paraît être le point de départ d'un grand nombre d'[illegible] du rectum.

M. le Dr WELANDER, de Stockholm, recommande le traitement abortif qui lui a donné des bons résultats.

M. le Dr FINGER, de Vienne, remarque qu'il est des cas où le gonocoque reste superficiel, d'autres où il devient rapidement profond. Il est intéressant de savoir à quelle profondeur pénètre le nitrate d'argent. Or, les solutions fortes pénètrent très peu, ainsi qu'il a pu s'en assurer chez les animaux sur qui il faisait les injections argentiques après avoir déterminé une uréthrite.

M. le Dr MEWIN, Berlin. — Le nitrate d'argent appliqué sur la muqueuse en solution forte précipite les albuminoïdes qui forment barrière, tandis que les solutions très faibles, à 1/2.000 ou 1/4.000 ne précipitent pas les albuminoïdes et pénètrent plus profondément. Il en est de même de l'acide phénique qui est plus facilement absorbé et cause plus facilement des intoxications quand il est en solution étendue.

M. le Dr WERTHEIM montre des cultures de gonocoques sur un milieu composé de sérum de bœuf additionné de bouillon et d'agar; sur ce milieu on reproduit facilement les cultures généralement très difficiles à obtenir.

M. HERTZFELD passe en revue les affections viscérales liées à la blennorrhagie et particulièrement les nombreuses affections de l'utérus et des annexes qu'on peut lui attribuer. Il n'est pas jusqu'à la péritonite qui peut dans quelques cas être due au gonocoque, ainsi que l'a montré Wertheim. Il a trouvé que 14 % des cas observés à la clinique gynécologique de Vienne étaient dus à la blennorrhagie. La communication de M. Hertzfeld est accompagnée de l'exposition de nombreuses pièces anatomiques de lésions blennorrhagiques des annexes.

La question suivante est l'étiologie et la nature du lupus érythémateux. Le rapporteur est M. M. Morris, de Londres.

Au Congrès international de Londres, en 1881, la question de la nature inflammatoire ou néoplasique du lupus érythémateux avait été [illegible] tranchée dans le sens d'une inflammation.

Depuis lors, est survenue la découverte du bacille de la tuberculose et le lupus vulgaire a été rattaché à la tuberculose. Certains auteurs comme Besnier et Hutchinson, considèrent également le lupus érythémateux comme de nature tuberculeuse. Jusqu'à présent les données de l'histologie et de la bactériologie paraissent contraires à cette hypothèse.

M. Morris pense que le lupus érythémateux est une affection inflammatoire appartenant au groupe des érythèmes et qu'il ne paraît nullement être une maladie infectieuse. Il consiste en un trouble circulatoire local qui peut être dû à une irritation externe telle que le froid ou la chaleur, ou à une lésion nerveuse. Il peut s'y surajouter des inflammations

aiguës dues à des infections secondaires. Il accepte la division de Kaposi en forme discoïde et confluente. Quant à la dénomination, M. Morris croit que le nom de lupus doit être rejeté et propose celui d'érythème atrophiant.

Le deuxième rapporteur, M. Veiel, arrive à des conclusions analogues. Il n'a jamais vu le lupus érythémateux se transformer en lupus tuberculeux, et n'a jamais réussi à donner la tuberculose aux animaux par l'inoculation du lupus érythémateux.

En ce qui concerne le traitement, il n'a jamais bien nettement obtenu de guérison. Il rejette tout traitement local tant que durent les phénomènes inflammatoires, et, lorsque toute inflammation est éteinte, il préfère le pyrogallol à tout autre topique.

M. Petrini, de Galatz, rapporte un cas de lupus érythémateux généralisé, terminé par la mort par septicémie.

M. Brocq, de Paris, distingue deux formes de lupus érythémateux. L'un, le lupus érythémateux fixe, à évolution lente et à lésions profondes, qui est probablement de nature tuberculeuse; l'autre, qui évolue vite et disparaît en laissant peu de cicatrices, constitue l'érythème centrifuge de Devergie. Celui-là seul mérite le nom d'érythème atrophiant proposé par Morris. Il n'est nullement prouvé qu'il soit tuberculeux, et il reconnaît probablement des causes diverses, peut-être entre autres des causes infectieuses comme des toxines. Ce qui augmente la difficulté, c'est qu'on peut voir survenir l'érythème centrifuge chez des individus atteints de lupus érythémateux fixe.

MM. Boeck (de Christiania), Crocker (de Londres) et Kopp (de Munich), tout en reconnaissant que la tuberculose est très fréquente dans les antécédents personnels ou héréditaires des individus atteints de lupus érythémateux, ne pensent pas qu'on puisse le considérer comme une lésion tuberculeuse locale.

M. Hallopeau (de Paris) fait remarquer que la tuberculose cutanée est toujours pauvre en bacilles et que sa virulence est atténuée. Il pense que dans le lupus érythémateux il s'agit d'une tuberculose où cette atténuation est poussée au plus haut degré.

M. Jamieson (d'Edimbourg) croit pouvoir établir quelque analogie entre le lupus tuberculeux et le lupus érythémateux, d'une part, la lèpre tubéreuse et anesthésique, d'autre part. Il pense qu'il serait important d'étudier à l'avenir les nerfs dans les cas de lupus érythémateux.

M. Dubreuilh, de Bordeaux. — *De l'ulcus rodens.* — Le cadre de l'épithélioma s'est depuis quelque temps élargi de telle façon que ce mot a perdu toute signification précise. A la face, notamment, on désigne sous ce même nom des lésions absolument différentes. On y trouve des tumeurs extrêmement malignes, constituant de véritables cancers, comme le cancroïde de la lèvre inférieure, et d'autre part on y trouve sous le même nom des lésions essentiellement différentes, comme le molluscum contagiosum qualifié d'épithélioma contagiosum par Neisser d'après sa structure histologique. Entre ces extrêmes se trouve tout le groupe des épithéliomas superficiels de la face qui est lui-même loin d'être homogène et présente des types très divers, tant au point de vue histologique qu'au point de vue clinique. Parmi ces épithéliomas superficiels il est une forme très commune qui a été distinguée par les auteurs anglais sous le nom de *Rodent ulcer* et qui, pour un certain nombre d'entre eux, serait une maladie tout à fait spéciale et distincte de l'épithélioma. Pour la plupart des auteurs français ou allemands, il s'agit d'une simple variété de l'épithélioma pouvant avoir des origines diverses et une évolution variable, pouvant changer de forme, devenir térébrant et se généraliser. Il correspond à peu près à l'épithélioma perlé et à l'épithélioma sudoripare de Verneuil. L'ulcus rodens débute généralement par un nodule perlé qui s'accroît avec une extrême lenteur et forme une plaque arrondie, à contours sinueux, limitée par un bourrelet de 2 à 4 millimètres de large, saillant, rouge pâle, avec un éclat perlé et une dureté toute particulière. Le centre est occupé par une ulcération superficielle, presque sèche, couverte d'une croûte adhérente, ou par du tissu de cicatrice plus ou moins abondamment mamelonné de nodules perlés durs semblables au bourrelet circonférenciel. L'ulcus rodens peut gagner en profondeur surtout au niveau du nez. Il se fait alors une perte de substance plus ou moins considérable qui porte sur tous les tissus également et qui semble avoir été creusée à l'évidoir. Il n'y a pas de suppuration ni de lésions à distance sur la peau ou les muqueuses, comme dans la syphilis ou le lupus; c'est un processus simplement ulcératif qui détruit tous les tissus de la même façon et au même niveau. Il n'y a rien qui ressemble à une tumeur et le seul vestige de néoplasme est le bourrelet périphérique dur et un mince enduit néoplasique qui recouvre la surface ulcérée. Dans les formes très graves qui en dix ou vingt ans détruisent toute la face, peau, muscles et squelette, creusant une vaste cavité qui arrive presque au pharynx, il y a un certain degré de bourgeonnement de la surface ulcérée, mais ce bourgeonnement est toujours modéré et moins accusé que dans les autres formes d'épithélioma. La douleur se réduit généralement à un point assez vif et ne devient un peu intense que dans les formes très graves.

La maladie débute le plus ordinairement au voisinage de l'angle interne de l'œil, souvent aussi au nez ou au front; à de rares exceptions près, elle occupe toujours les deux tiers supérieurs de la face. Elle s'observe chez des individus d'âge mûr ou chez des vieillards.

Quelles que soient la durée de la maladie, l'importance des destructions et l'étendue de l'ulcération, il n'y a jamais de cachexie, jamais de retentissement ganglionnaire, de généralisation ou de récidive à distance. En revanche, les récidives sur place, après des opérations incomplètes, sont de règle. Quel que soit le traitement auquel l'ulcère est soumis et les irritations auxquelles il est exposé, il reste ce qu'il est et ne devient jamais une tumeur maligne.

A ces caractères cliniques correspondent des caractères anatomiques non moins nets et constants. L'ulcus rodens est un épithélioma à petites cellules groupées en lobules arrondis ou anguleux. Les cellules sont très petites et peu distinctes; à la périphérie du lobule elles sont disposées radialement comme un revêtement d'épithélium cylindrique; elles ne présentent pas de bordure épineuse, ne subissent pas de kératinisation et ne forment jamais de globes épidermiques. En revanche, elles subissent souvent, au centre du lobule, une dégénérescence vacuolaire spéciale. Cet ensemble de caractères : aspect de la lésion, qui est un ulcère plutôt qu'une tumeur, marche lente se chiffrant par années, bénignité constante en ce sens qu'il n'y a jamais de cachexie ni de généralisation ganglionnaire ou autre, structure histologique particulière, font de l'ulcus rodens une maladie tout à fait à part, quoique faisant partie du vaste groupe de l'épithélioma. Au point de vue du diagnostic clinique, l'aspect de la lésion, son caractère ulcéreux et nodulaire font que la confusion est surtout facile avec le lupus ou les syphilides tertiaires, et cette erreur est très fréquente.

W. Dubreuilh (de Bordeaux).

Hygiène des troupes coloniales. — Le ministre de la marine et des colonies vient de prescrire aux chefs des corps de troupe de son département de répandre parmi les hommes qu'ils commandent des instructions relatives aux précautions à prendre pour une expédition dans les pays tropicaux. Les conseils donnés aux soldats ont pour but de développer l'initiative individuelle de chacun d'entre eux. Jusqu'au départ des colonnes, ils n'ont pour ainsi dire pas à se préoccuper de leur santé ; tout a été préparé et prévu pour eux aussi bien que possible. Mais, au départ de la colonne, « chaque homme, disent ces instructions, devient en partie responsable de sa santé. Souvent isolé ou par petits groupes, il n'aura plus l'officier pour se guider ; il devra, bien des fois, agir de lui-même et savoir qu'il a désormais à lutter contre les principaux ennemis : le soleil, la fièvre et la dysenterie. Les prescriptions d'hygiène données aux soldats contiennent de minutieux détails pour chacune des circonstances de la vie en campagne, pour la marche, pour les haltes, pour la nuit. Les recommandations sont simples, claires et peuvent être comprises de tous : elles visent spécialement les précautions à prendre contre les insolations, contre les refroidissements, les soins de propreté, etc.

Les femmes-médecins et l'Association médicale britannique. — Au Congrès qui vient de se terminer à Nottingham, il a été décidé que les femmes-médecins, dûment diplômées, seraient admises au même titre que les hommes à faire partie de l'association.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 août 1892. — Présidence de M. Duchartre.

M. Hallopeau. — *Dosage de la peptone par précipitation à l'état de peptonate de mercure.* — La méthode nouvelle consiste à précipiter la solution de peptone exempte d'autres albuminoïdes par un grand excès de nitrate mercurique. La solution doit être neutre ou légèrement acide. Le précipité blanc floconneux et volumineux tombe au fond du vase. On le laisse déposer vingt-quatre heures. On filtre sur un filtre taré et on lave jusqu'à ce que les eaux de lavage ne précipitent plus par l'hydrogène sulfuré. Le filtre est séché à 108° et pesé. En multipliant le poids obtenu par le coefficient 0,666 on obtient celui de la peptone correspondante. Si le liquide à examiner contient des chlorures il est absolument nécessaire de mettre un excès de nitrate mercurique. Si le liquide contient d'autres albuminoïdes on neutralise avec le carbonate de soude qui précipite le syntonine, puis on chauffe au bain-marie après addition d'acide acétique ; l'albumine est précipitée ; enfin pour débarrasser le liquide de l'hémialbumine on le traite par addition d'acide nitrique jusqu'à production d'un trouble. Le liquide filtré est neutralisé presque complètement par du carbonate de soude et additionné de son volume environ de nitrate mercurique pour précipiter la peptone.

M. Babes. — *L'étiologie d'une enzootie des moutons dénommée carceas en Roumanie.* — Cette enzootie est limitée aux parties marécageuses du bas Danube. On observe parfois chez les moutons qui viennent y pâturer une grande mortalité. La maladie débute par des frissons, de l'inappétence, de l'abattement. Les selles sont hémorrhagiques, souvent diarrhéiques et il existe parfois de l'hémoglobinurie. La moitié des animaux meurt le 2e ou 3e jour de la maladie, tandis que le reste se rétablit lentement, présentant une convalescence assez longue. A l'autopsie, on constate surtout des œdèmes et des hémorrhagies, et une inflammation hémorrhagique souvent nécrosique du rectum. Dans le sang, on constate, dans une partie, des globules rouges, des cocci ronds immobiles qui se colorent bien par le violet de méthyle. Les hématies renfermant le parasite sont surtout dans la rate et les œdèmes hémorrhagiques des séreuses. L'inoculation de 10 c.c. du sang de la rate à 4 moutons a déterminé chez deux d'entre eux une fièvre de 40°,5 à 41° le neuvième jour et de l'abattement. Les souris et les lapins n'ont pas succombé à l'inoculation du sang. La culture du parasite n'a pas encore donné des résultats positifs. L'hématococcus du mouton doit rentrer dans le groupe qui comprend l'hématococcus de l'hémoglobinurie du bœuf et celui de la fièvre du Texas.

M. J. Ferran. — *Sur une nouvelle fonction chimique du bacille virgule du choléra asiatique.* — Lorsqu'on cultive le bacille virgule dans du bouillon légèrement alcalin contenant de la lactose, il produit de l'acide paralactique en quantité suffisante pour donner au milieu une réaction franchement acide et pour empêcher la culture et tuer les bacilles en quelques jours. L'attention étant appelée sur les ressemblances qu'il y a entre la fonction chimique du bacille virgule et celle du bacillus coli communis, leurs fonctions pathogènes se ressemblent en bien des cas ; l'acide paralactique paralyse l'activité chimique des deux. Cet acide est un précieux remède contre les diarrhées occasionnées par le bacillus coli, il peut donc être efficace contre les diarrhées causées par le bacille virgule. Il semble rationnel d'employer contre le choléra de l'acide lactique en limonade et d'aider son action par le pouvoir anexosmotique que nous offre la morphine.

Séance du 29 août 1892. — Présidence de M. Duchartre.

M. Domingos Freire. — *Sur l'origine bactérienne de la fièvre bilieuse des pays chauds.* — Les cliniciens ont établi des différences tranchées entre les symptômes de la fièvre bilieuse des pays chauds et ceux de la fièvre jaune. La bactériologie donne raison à la clinique. Le sang, la bile, les urines ensemencées donnent naissance à des colonies blanches arrondies, entourées de bulles de gaz. Ces colonies sont constituées par des bacilles immobiles avec de nombreuses spores mobiles. Les bacilles se segmentent en articles plus courts et donnent naissance à des spores terminales. L'agent virulent de la fièvre jaune n'est pas un bacille, mais un microcoque rond et réfringent dont l'inoculation donne lieu chez les cobayes à une fièvre jaune bien caractérisée. L'inoculation du bacille de la fièvre bilieuse détermine chez le cobaye des accès de fièvre, puis la mort. A l'autopsie, le foie est augmenté de volume, la vésicule biliaire est distendue ; l'estomac renferme de la bile. On trouve dans le foie, les reins, la bile et le sang de nombreux bacilles.

Séance du 5 septembre 1892. — Présidence de M. de Lacaze-Duthiers.

M. Brown-Séquard. — *Note sur le traitement du cancer et du choléra par le liquide testiculaire.* — Dans un cas de cancer utérin avec cachexie, l'injection du liquide testiculaire a eu une action telle que la malade put marcher et se promener, ce qu'elle n'avait pas fait depuis un an ; en outre, les sécrétions utérines se sont arrêtées. Dans le choléra, les injections peuvent être d'une très grande utilité au début ou lorsqu'après la guérison le malade se trouve dans un état de profonde adynamie.

M. Christiani (de Genève). — *De la thyroïdectomie chez le rat blanc.* — Le rat ne fait pas exception à la règle générale. La thyroïdectomie totale chez cet animal entraîne la mort dans l'espace de quelques heures à quelques jours avec un tableau symptomatique analogue à celui que présente notamment le chat. Dans le cas où l'animal survit, l'extirpation n'a pas été totale ; on trouve, en effet, en pratiquant une nouvelle opération, un ou plusieurs organes régénérés, occupant la place des anciens, et dont la structure est à peu près la même que celle des organes extirpés. Si l'on greffe dans le péritoine l'organe extirpé, on écarte, on amende les symptômes et l'on peut sauver la vie à l'animal. V. Morax.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 septembre 1892. — Présidence de M. A. Larrey.

M. le Secrétaire général lit, au nom de M. Mignot (de Chantelle), une note sur l'*épidémie de choléra*, d'où il résulte que dans le canton de Chantelle il y eut, au mois d'août, un grand nombre de cas de diarrhée cholériforme, mais ayant causé très peu de décès, en même temps que sévissait à Paris et dans la banlieue le choléra nostras. Le choléra asiatique n'est venu à Paris que par l'adjonction d'un élément nouveau apporté du Nord. Il n'y a donc pas une seule épidémie, il y en a deux qui se sont succédé : l'une bénigne, née sur place ; l'autre grave, importée de l'étranger.

M. Brouardel relève l'assertion de M. Mignot que le choléra actuel soit du choléra asiatique. Bien que la similitude des symptômes, l'identité des lésions nécroscopiques et l'examen bactériologique paraissent le prouver, la marche et l'évolution de l'épidémie ne permettent pas de se prononcer d'une façon certaine.

L'orateur pense même que le choléra du Havre n'est pas venu de Hambourg, mais de Paris, car il a éclaté dès le 1er août au Havre et seulement le 11 août à Hambourg. Du reste, que ce soit du choléra indien ou nostras, les mesures prophylactiques à prendre sont les mêmes, et celles qui ont été prises ont fait décroître l'épidémie au Havre sitôt leur application. De même à l'asile de Bonneval, il est probable aussi que l'épidémie a été importée par une femme de Pantin et n'est donc qu'un dérivé de celle de Paris.

M. Bouchard reprend la discussion sur la *pathogénie de l'albuminurie*. En présence d'un malade atteint d'albuminurie, ce qu'il faut établir d'abord, c'est si l'albuminurie est d'origine rénale et opérer le traitement en conséquence. L'albuminurie rénale n'entraîne pas toujours l'urémie et la chronicité ; mais elle est permanente et peut amener la mort par auto-intoxication. A côté de cette albuminurie rénale, l'orateur admet d'autres albuminuries dépendant de lésions d'organes autres que le rein. Il y a d'abord l'albuminurie cutanée ou réflexe, provoquée par l'excitation des nerfs cutanés, ou à la suite de l'absorption par la peau de médicaments toxiques, par exemple le chloroforme. Ces albuminuries sont transitoires et disparaissent avant tout traitement. Chez les goutteux, les diabétiques, les obèses, on observe des albuminuries plus durables et récidivantes qui cependant, sont curables et ne dépendent pas d'une néphrite. Dans la dyspepsie, on peut également rencontrer de l'albuminurie et même d'une façon assez fréquente. Elle est curable et disparaît en même temps que la maladie d'estomac guérit. L'albuminurie intermittente s'observe chez des adolescents ou des enfants, au moment de la croissance. Elle ne se montre qu'avec l'exercice musculaire et l'alimentation et fait défaut le matin. Le traitement, dans tous les cas, doit varier avec les conditions pathogéniques différentes, et la thérapeutique doit créer, non l'albuminurie, mais la maladie du rein ou du cœur, de la goutte, du diabète, de la dyspepsie.

M. le Secrétaire général lit une note de M. Semmola (de Naples) sur *le régime et le traitement des albuminuriques*, dans laquelle il rappelle que MM. Dujardin-Beaumetz et G. Sée sont arrivés aux mêmes conclusions à ce sujet que celles qu'il a lui-même formulées en 1850, et que ses expériences d'il y a quarante ans se trouvent ainsi confirmées.

M. Millard (de New-York) lit une note sur le *moyen de déceler de petites quantités d'albumine dans l'urine et sur l'existence d'une soi-disant albuminurie physiologique*. L'auteur pense qu'avec le réactif de Tairret on peut déceler la présence de 3 milligrammes d'albumine par litre. En se servant de ce procédé, l'auteur est arrivé à cette conviction qu'il n'y a pas d'albuminurie physiologique.

M. Desprez (de Saint Quentin) propose un *traitement du choléra asiatique par le chloroforme*, traitement qu'il emploie depuis 1864, et qui a pour but de détruire dans le tube digestif les bacilles virgules et de neutraliser leurs produits de sécrétion ; de calmer les spasmes si douloureux de l'estomac, de stimuler les fonctions de la peau et d'introduire dans l'économie des principes capables de rétablir la composition normale du sang.

Il se sert de la composition suivante :

Chloroforme.	1	gramme.
Alcool.	8	—
Acétate d'ammoniaque . .	[illegible]	—
Eau.	110	—
Sirop de chlorhydrate de morphine	40	—

On en prend une cuillerée à soupe toutes les demi-heures jusqu'à cessation des accidents.

Comme moyen préventif, M. Desprez conseille de boire plusieurs fois par jour un demi-verre d'eau chloroformée à 1 ou 2 0/00 édulcorée suivant le goût du sujet.

P. Sollier.

Jardin d'acclimatation. — La Société [illegible] d'acclimatation organise, chaque année, en avril et en octobre, des expositions internationales d'animaux de basse-cour. Le prochain concours est fixé au 5 [illegible]bre et durera jusqu'au [illegible] ; il se tiendra au Jardin [illegible] d'acclimatation [illegible] Boulogne dans les [illegible] [illegible]. Le nombre des classes, déjà considérable au dernier concours, a été encore augmenté et comprend des divisions spéciales pour les jeunes animaux de l'année. Les concours organisés par la Société d'acclimatation ne [illegible] pas une entreprise [illegible] elle en est absolument désintéressé.

VARIA

Le Choléra.

Sauf à Hambourg, l'épidémie cholériforme tend à diminuer un peu partout.

A Hambourg, le bilan de la dernière journée est de [illegible] cas nouveaux et 14[illegible] décès ; [illegible] situation de cette ville est lamentable. On cite des familles entières qui ont péri victimes du choléra. De nombreuses maisons de commerce sont fermées. Cette épouvantable [illegible] a causé la ruine de beaucoup de gens. Le bruit court que les statistiques ne font pas connaître le chiffre exact des morts. On dit que certains hôpitaux ont des salles pleines de cadavres qui n'ont pu être encore inhumés.

A Berlin, [illegible] cas de choléra asiatique s'est produit.

A Anvers, la situation sanitaire continue à s'améliorer. Néanmoins, les plus grandes précautions sont prises, car il y a de nouveaux cas qui se produisent encore.

A Saint-Pétersbourg, il y a eu mardi [illegible] cas et [illegible] décès. La situation devient meilleure dans les provinces et au Caucase.

A New-York, [illegible] décès [illegible] de choléra asiatique se sont produits dans la ville. Le [illegible] et le 1[illegible] septembre il s'est produit un décès, le 11 il s'en est produit [illegible]. Sur les cinq victimes, quatre sont des adultes. Les [illegible] n'ont [illegible] qu'aujourd'hui sur [illegible] d'[illegible] maladies.

En France, [illegible] A Rouen, plus de vingt malades sont en traitement. Les autres dépêches qui [illegible] des villes où [illegible] l'épidémie sont plus rassurantes.

Pendant la [illegible] semaine de 1892 (du 4 au 10 septembre inclusivement), le service de statistique municipale a compté [illegible],047 décès au lieu de 1.1[illegible] enregistrés pendant la semaine précédente et de [illegible] [illegible] des semaines du mois de septembre [illegible]. La diminution générale que nous constatons porte en grande partie sur les affections diarrhéiques. Le nombre des décès dus aux maladies caractérisées par la diarrhée [illegible] de [illegible] à 1[illegible] et l'athrepsie (gastro-entérite [illegible]) n'a causé que [illegible] décès au lieu de 205.

On [illegible] par variole.

Les 1[illegible] décès parisiens dus aux affections de nature diarrhéique [illegible] au point de vue du diagnostic, de la manière suivante. [illegible], diarrhée, entérite et gastro-entérite, 1[illegible] ; diarrhée [illegible], cholérine, choléra nostras et choléra, 148. En voici la répartition pour chacun des jours de la semaine :

Dimanche 4, [illegible] — Lundi 5, 32. — Mardi 6, 17. — Mercredi 7, 2[illegible]. — Jeudi 8, [illegible]. — Vendredi 9, 11. — Samedi 10, 10. — Total de la semaine, 1[illegible].

En outre, 42 [illegible] sont morts d'affections cholériformes dans les hôpitaux de Paris. Les quartiers les plus éprouvés par l'épidémie sont les suivants : La Villette, 14 décès ; [illegible], 8 décès ; [illegible] et Pont-de-Flandre, 7 décès ; Quinze-Vingts, Grandes-Carrières et Goutte-d'Or, 6 décès.

M. [illegible] a bien voulu nous communiquer cette semaine encore [illegible] des entrées, décès et sorties des malades atteints du choléra et traités dans les hôpitaux. Nous l'en remercions bien vivement.

Mouvement du mois de Septembre 1892.

Dates	Entrées Banlieue	Entrées Paris	Décédés (1)	Sorties	En traitement	Observations.
[illegible] septembre	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
9 —	[illegible]	[illegible]	11	[illegible]	[illegible]	
10 —	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
11 —	[illegible]	[illegible]	10	[illegible]	[illegible]	
12 —	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
13 —	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
14 —	[illegible]	[illegible]	11	[illegible]	[illegible]	
15 —	11	[illegible]	8	19	[illegible]	(1) Y compris les décès des malades de la banlieue traités dans les hôpitaux de Paris. Les décès sont comptés de minuit à minuit.
	55	169	100	159		
	224					

Albin R.

Victime du Devoir

A l'hôpital Saint-Antoine, une infirmière suppléante, âgée de trente ans, Mme Niederlander, est morte du choléra, la semaine dernière, après deux jours de maladie.

Le garçon infirmier, Georges Rigaut, âgé de vingt ans, employé à l'hôpital depuis le 1er juillet dernier, s'était offert pour l'opération de la transfusion du sang, qui n'a pu sauver la malheureuse infirmière.

Rigaut qui, après l'opération, avait été pris d'une fièvre violente, est aujourd'hui sur pied et a repris son service auprès des cholériques.

La mort de Mme Niederlander et l'acte de dévouement de M. Georges Rigaut répondent éloquemment aux insinuations dont les infirmiers et les infirmières laïques sont l'objet de la part des cléricaux.

Qu'en pense M. le docteur Després?

A propos du Choléra.

Le *Petit Journal* du 7 septembre dit : « M. Lozé, préfet de police, frappé des inconvénients qu'il y avait à dissimuler à la population parisienne la marche du choléra, inconvénients que notre collaborateur Jean sans Terre a si bien exposés dans son article « la Manie de cacher », a décidé qu'un bulletin rigoureusement exact, tel qu'il est dressé pour le comité d'hygiène, serait désormais communiqué quotidiennement à la presse. » Le rédacteur de cette note oublie que le Comité consultatif d'hygiène de France avait voté, dès le mois de juillet, l'impression du premier rapport de M. Proust. Il ne sait pas non plus que, à toutes les épidémies de choléra, il s'est trouvé des journaux de médecine pour réclamer, avec raisons à l'appui, la *publication exacte* des décès occasionnés par ces épidémies. Personnellement c'est la thèse que nous avons toujours soutenue soit dans le *Mouvement médical*, soit dans le *Progrès médical*.

Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique.

(Première Session. — Bruxelles).

Ordre du jour de la séance du jeudi 15 septembre 1892 :

Séance du matin (10 heures).

Discussion générale sur les suppurations pelviennes. — Rapporteur : M. Paul SEGOND, de Paris (1).

ORATEURS INSCRITS : MM. Willems (Gand), William Travers (Londres), Péan (Paris), Elder, G., (Nottingham), Lucas Championnière (Paris), Robb Bell (Glasgow), Boldt, H.-J. (New-York). Jacobs (Bruxelles), Sneguireff et Goubaroff (Moscou), Richelot (Paris), Moore Madden (Dublin), Goullioud (Lyon), Guttierez (Madrid), Gaulard (Lille), Pichevin (Paris), Delagenière (Mans), Veillet (Genève), Lefour (Bordeaux), Walton (Bruxelles), Doyen (Reims), Rouffart (Bruxelles), Roberts (Londres), Duret (Lille), Tournay (Bruxelles), Lebec (Paris), Routh, C.-H. (Londres), Deghilage (Mons), Lauwers (Courtrai), Landau (Berlin), Henrotin (Chicago), Félix (Bruxelles), Fraipont, F. (Liège).

Séance du soir (2 à 6 heures).

1. M. Duke (Dublin). On the importance of flushing and examining the genital tract directly after labour. — 2. M. Lagrave (Paris). Des formes frustes et anormales de la septicémie puerpérale. — 3. M. Desguin (Anvers). Péritonite puerpérale, traitée par la laparotomie. — 4. M. Vuillet (Genève). Utérus cancéreux enlevé par hystérectomie, après traitement par la méthode de Dumontpallier. — 5. M. Stadfeld (Copenhague). Domaine du axis-tractor forceps en accouchement. — 6. M. Heinricius (Helsingsfors). Sur le dégagement de la tête dans l'accouchement par le front. — 7. M. Lebec (Paris). Salle d'opération et service de gynécologie de l'hôpital Saint-Joseph de Paris. — 8. M. de Cortejarena (Madrid). Intervention de la chirurgie dans la gynécologie moderne. — 9. M. Guttierez (Madrid). Hystérectomie vaginale pour cancer. — 10. M. Feuger (Chicago). Hyperplastic salpingitis and its operative treatment. — 11. M. Gaulard (Lille). Communication. — 12. M. O. Engström (Helsingsfors). Ein Wort fur frühzeitige Enukleation der Myome des Uterus Körpers. — 13. M. Toison (Douai). Myome polypoïde du col. — 14. M. Consolas (Athènes). Malformations utérines. — 15. M. Hendrix (Bruxelles). Péritonite tuberculeuse. Présentation de malades. — 16. M. Mendes de Léon (Amsterdam). Traitement des myomes utérins. — 17. M. Verrier (Paris). Anesthésie mixte en gynécologie. — 18. M. Chahbazian (Constantinople). Inversion utérine. — 19. M. Danion (Paris). Hémorrhagies et leur mécanisme dans les tumeurs fibreuses utérines. Action de l'électricité. — 20. M. Apostoli (Paris). Contribution nouvelle au traitement électrique au diagnostic en gynécologie. Note sur une nouvelle application des courants alternatifs en gynécologie. — 21. M. Gautier (Paris). Electrothérapie interstitielle. Nouvelle méthode de traitement. — 22. M. Delineau (Paris). Traitement des hémorrhagies utérines par l'électrolyse cuprique intra-utérine. — 23. M. Vallin (Lille). Péritonite tuberculeuse guérie par la laparotomie (4 ans), présentation de la malade. — 24. M. J.-C. Skene (Brooklyn). La myomectomie dans les fibrômes utérins. — 25. M. H.-J. Boldt (New-York). Operations for myo-fibroms of the uterus. — 26. M. W.-H. Myers (Fort Wayne-Indiana). A few consideration on the treatment of chronic Inversion of the uterus. — 27. M. O. Laurent (Bruxelles). Persistance de la menstruation après l'hystérectomie.

Ordre du jour de la séance du vendredi 16 septembre 1892 :

Séance du matin (10 heures).

Discussion générale sur les grossesses extra-utérines. — Rapporteur : M. le Dr A. MARTIN (de Berlin).

ORATEURS INSCRITS : MM. Léopold (Dresde), Lefour (Bordeaux), Kœberlé (Strasbourg), Picqué (Paris), Alban Doran (Londres), Routh, C.-H. (Londres), Lucas-Championnière (Paris), Dmitri De Ott (Saint-Pétersbourg), Henrotin (Chicago), Rochet (Anvers), Rein (Kiew), Hedghes (Philadelphie), Pichevin (Paris).

Séance de l'après-midi (2 heures).

1. M. Faucon (Lille). Un cas de dystocie pour causes multiples. — 2. M. Porak (Paris). De la symphyséotomie. — 3. M. Treub (Leiden). De l'influence de quelques maladies du rachis et des fémurs sur quelques maladies du bassin. Démonstration. — 4. M. La Torre (Rome). Rapport étiologique entre le liquide amniotique et les monstruosités fœtales. — 5. M. Bossi (Gênes). Provocation artificielle de l'accouchement et accouchement forcé par la dilatation mécanique du col. — 6. M. Cameron (Glascow). Opération césarienne. — 7. M. Muller (Anvers). Opération césarienne. — 8. M. Leprévost (Le Havre). De l'emploi vaginal et rectal du ballon de Petersen, dans les opérations pelviennes. — 9. M. Labadie-Lagrave (Paris). Du traitement des salpingites. — 10. M. Moore Madden (Dublin). Endo-utérine thérapeutic. Démonstrations. — 11. M. Sanger (Leipzig). Operative Behandlung der Scheidengebärmuttervofalls durch Vaginale Lappenspaltung. — 12. M. Thiriar (Bruxelles). Nouvelle opération pour guérir les flexions utérines. — 13. M. Gouillioud (Lyon). Extirpation vaginale des petits pyosalpinx sans hystérectomie préalable. — 14. M. Rouffart (Bruxelles). Hystérectomie abdominale. — 15. M. Davis (Birmingham, U. S. A.). Operative procedures for Stons in the biliary ducts. — 16. M. de Lostalot (Salies-de-Béarn). Valeur comparative des eaux chlorurées sodiques. — 17. M. Poullet (Lyon). Fibrômes après la ménopause — 18. M. Auvard (Paris). Tamponnement intra-utérin. — 19. M. Bossi (Gênes). Contribution à l'étude expérimentale de la reproduction de la muqueuse utérine. — 20. M. Lucas-Championnière (Paris). Hystérectomie vaginale dans le traitement de l'abaissement et de la chute de l'utérus. — 21. M. Cittadini (Bruxelles). De l'opération d'Alexander. — 22. M. Treub (Leiden). De l'endometrite hypertrophique ou fongueuse. — 23. M. Marcy (Boston). — Plastic surgery of the pelvic structures. — 24. M. Dewees (Salina). A much neglected essential factor in gynecology. — 25. M. Gottschalck (Berlin). Uber die histogenese und ætiologie der uterus myome. Démonstration. — 26. M. Doyen (Reims). De l'hystérectomie. — 27. M. Mosher (Kansas city). The curette in neglected Abortion. — 28. M. Landau (Berlin). Résection de l'utérus. Démonstration. — 29. M. Wood (Ann Arbor). The general pathology of the diseases of women. — 30. M. Delétrez (Bruxelles). Traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystérectomie abdominale. — 31. M. Chahbazian (Constantinople). Cause spéciale de l'hematurie chez la femme. — 32. M. Duret (Lille). Des tumeurs vegetantes des ovaires.

VOLS A L'HOPITAL TENON. — Depuis quelque temps des vols se commettaient à l'hopital Tenon sans que jamais l'on put arriver à en découvrir les auteurs. Les soupçons se portaient même sur les infirmiers, lorsque dans la journée de jeudi dernier une femme nommée Léonie Jourdain, agée de 45 ans et demeurant en garni, 5, rue Aslain, fut arretée sur le fait.

Cette femme était venue visiter une de ses amies malade, lorsqu'elle aperçut dans le lit voisin une malade qui était à l'agonie et dont le porte-monnaie était en vue. Elle s'en empara et partit aussitot : malheureusement pour elle, une autre malade avait vu son manège et en fit part à une infirmière. Celle-ci courut après la voleuse et la fit arreter.

Conduite chez le commissaire de police, elle nia avoir pris quoi que ce soit, mais on la fouilla et on découvrit le porte-monnaie caché sous ses vetements.

La femme Jourdain a eté envoyée au dépot.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 4 sept. 1892 au samedi 10 sept. 1892, les naissances ont été au nombre de 1149 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 429; illégitimes, 157, Total, 586. — *Sexe féminin :* légitimes, 398 ; illégitimes, 165. Total, 563.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 4 sept. 1892 au samedi 10 sept. 1892, les décès ont été au nombre de 1047 savoir : 581 hommes et 466 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 4, T. 8. — Variole : M 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 7, F. 1, T. 8. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 1, F. 4, T. 5 — Diphtérie, Croup : M. 11, F. 7, T. 18. — Affections cholériformes : M. 85, F. 63, T. 148. — Phtisie pulmonaire : M. 117, F. 74, T. 191. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 8, T. 16. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 7, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 24, F. 25, T. 49. — Méningite simple : M. 13, F. 14, T. 27. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 13, F. 15, T. 28. — Paralysie, M. 1, F. 7, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 2, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 23, T. 46. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 5, T. 12. — Bronchite chronique. M. 8, F. 7, T. 15. — Broncho-Pneumonie : M. 11, F. 6, T. 17, — Pneumonie : M. 13, F. 7, T. 20. — Gastro-entérite, biberon: M. 65, F. 49, T. 114 — Gastro-entérite, sein: M. 15, F. 9, T. 24. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 8, T. 11. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0 — Débilité congénitale : M. 11, F. 17, T. 28 — Sénilité : M. 12, F. 14, T. 26. — Suicides : M. 12, F. 6, T. 18. — Autres morts violentes : M. 6, F. 5, T. 11. — Autres causes de mort : M. 98, F. 70, T. 168 — Causes restées inconnues : M. 5, F. 6, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 56, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 20, illégitimes, 14. Total : 34. — *Sexe féminin :* légitimes, 16, illégitimes, 6. Total : 22.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — M. BARBEDET, secrétaire des Facultés des sciences et des lettres de Rennes, est nommé secrétaire de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

HYGIÈNE SCOLAIRE. — M. le Ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante : L'attention de M. le Ministre de l'intérieur a été appelée tout particulièrement sur ce fait que les médecins des épidémies, dans leurs enquêtes sur les causes des maladies transmissibles qui avaient atteint la population scolaire, ont, à diverses reprises, attribué l'origine de ces épidémies aux conditions défectueuses dans lesquelles se trouvaient placées les écoles, au point de vue de l'hygiène. L'avis préalable des conseils d'hygiène aurait certainement prévenu les inconvénients des choix auxquels on s'est arrêté pour l'emplacement de ces écoles. Or, la loi qui oblige les familles à envoyer leurs enfants à l'école lorsqu'ils ne reçoivent pas à domicile l'instruction primaire, crée au gouvernement l'obligation impérieuse de prendre toutes les précautions de nature à sauvegarder la santé des enfants. Par une circulaire du 18 décembre 1888, l'un de mes prédécesseurs, en rappelant les dispositions de l'arrêté du 18 décembre 1848, demandait que l'avis des comités institués à cette date fût pris chaque fois qu'un projet d'établissement d'école paraissait exiger cette garantie. En présence des faits signalés, j'estime que la faculté laissée aux administrations préfectorales de consulter, en pareil cas, les conseils d'hygiène, doit être convertie en une obligation étroite, de telle sorte qu'à l'avenir aucune maison d'école ne puisse être construite sans que le Conseil d'hygiène ait été appelé à émettre son avis sur les plans et devis et sur le choix de l'emplacement.

LE CORPS MÉDICAL DES HOSPICES D'ORLÉANS A L'HÔTEL DE VILLE. — Nous apprenons que sur la proposition de M. le Dr Beaurieux, médecin inspecteur, chef des services municipaux, le maire d'Orléans a convoqué, à l'Hôtel de Ville, le corps médical des hôpitaux dans le but de discuter les mesures à prendre contre le choléra — s'il faisait son apparition à Orléans. Voilà une mesure qu'on ne saurait trop approuver et qui sera sûrement imitée par les autres municipalités.

L'ENCOMBREMENT DES HÔPITAUX DE PARIS. — La semaine dernière, il y avait 1.100 brancards dans les hôpitaux. Des salles destinées à 22 malades, comme la salle Louis, à Beaujon, en reçoivent jusqu'à 38. Dans le même hôpital, la salle Saudras, de 28 lits, reçoit 42 malades. Le médecin, en arrivant le matin, trouve jusqu'à 5 et 6 malades installés sur des matelas par terre ; on se croirait en temps de guerre ou de grave calamité publique.

SCAPULAIRE ANTICHOLÉRIQUE. — Nous considérons comme un devoir de reproduire la réclame suivante que signale l'*Echo de Paris* : « Ces scapulaires, sur lesquels est brodée l'image de la Sainte Vierge, et qui ont été bénis par notre Saint-Père le Pape, ont pour effet merveilleux de protéger les fidèles contre toute indisposition ou affection cholériforme. — *Nota bene.* La longueur des rubans permet de faire descendre les scapulaires jusque sur le ventre. Placés sur cette partie du corps, ils arrêtent immédiatement la diarrhée. On peut se procurer, moyennant l'envoi de 4 fr. 50 par la poste, les scapulaires anticholériques chez M. l'abbé G..., ancien aumônier de la marine à Toulon (Var). » Ce moyen de combattre le choléra et même la simple diarrhée sera, nous n'en doutons pas, soumis à l'approbation du conseil d'hygiène.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr DE LORDE, noyé volontairement à Brest. — M. le Dr PELLERIN, de Le Regrippière. — M. le Dr PEILLON, de Lyon.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 39. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 24 SEPTEMBRE 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Leçons sur les Aortites (1) ;

par Henri HUCHARD, médecin de l'Hôpital Bichat.

I. — AORTITES AIGUE ET SUBAIGUE.

(1re Leçon) (*Suite*).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Avant d'aborder l'étude clinique de l'affection qui nous occupe, il est important d'avoir présentes à l'esprit les lésions de l'aortite aiguë. Leur connaissance, en effet, nous donnera la raison des principaux symptômes révélateurs de la maladie.

Ces altérations peuvent être restreintes à une très petite étendue du vaisseau, et c'est ainsi que, se localisant parfois seulement à la crosse, elles respectent la partie ascendante du vaisseau avec l'orifice aortique, et qu'elles intéressent l'origine d'une des sous-clavières au point de simuler un anévrisme, comme Stackler en a cité un bon exemple (2). D'autres fois, elles envahissent la presque totalité du vaisseau dans sa longueur, et peuvent alors se généraliser jusque sur l'aorte abdominale.

La tunique *externe* est épaissie, boursouflée et comme lamelleuse ; elle renferme de nombreux vaisseaux qui, par leurs ruptures fréquentes, donnent lieu souvent à des plaques ecchymotiques.

Au voisinage de cette inflammation, surtout quand l'aortite occupe la première partie du vaisseau au niveau du cul-de-sac péricardique, on observe toutes les lésions d'une péricardite sèche par propagation. Il y a rarement de l'épanchement dans le péricarde : cependant, j'ai vu un cas où celui-ci renfermait un liquide sanguinolent de 200 grammes environ avec fausses membranes hémorrhagiques développées sur les deux feuillets de la séreuse.

Dans les cas très rares où l'aortite est survenue par suite de la propagation de l'inflammation des organes voisins à l'aorte, les lésions sont souvent bornées au début à la tunique externe du vaisseau, et il s'agit alors, à proprement parler, d'une *péri-aortite*. Celle-ci peut encore à son tour rayonner plus loin, intéresser les organes voisins, les plèvres et les plexus nerveux. De là, des névrites cardiaques signalées d'abord par Gintrac et décrites ensuite par Lancereaux. Ces lésions nerveuses sont caractérisées par la dissociation des tubes nerveux, l'épaississement du névrilemme et la transformation granuleuse de la myéline. Elles ont été l'origine de la théorie exclusive et erronée de l'angor pectoris par névrite cardiaque.

La tunique *moyenne*, qui présente des altérations moins constantes et accentuées, est souvent épaissie, et, d'après Ranvier, infiltrée de cellules embryonnaires arrondies ou aplaties ; elle a perdu de sa consistance, et son tissu devenu moins résistant se laisse facilement rompre. De cette altération résultent les faits suivants : les tuniques moyenne et externe, qui représentent les parties les plus résistantes et les plus élastiques de la paroi vasculaire étant altérées, se laissent facilement distendre par l'effort de l'ondée sanguine, et c'est là ce qui explique la dilatation du vaisseau : enfin, les tuniques de l'aorte sont boursouflées, molles et friables, et sur une coupe du vaisseau on s'en rend facilement compte par l'épaississement de toute la paroi vasculaire.

La tunique *interne* de l'aorte est celle qui présente les altérations les plus importantes à étudier. Boursouflée par places, déprimée dans d'autres, irrégulière, inégale, dépolie et comme plissée, villeuse, tomenteuse ou chagrinée, avec une apparence œdémateuse et lardacée, elle présente une coloration qui varie du gris jaunâtre au rouge violacé.

La lésion tout à fait caractéristique est constituée par la présence de nombreuses plaques dont la consistance et l'aspect avaient naguère attiré l'attention de Bertin et Bouillaud d'abord et de Bizot ensuite, et qui, par leur ressemblance avec une gelée bien prise, ont reçu le nom de « plaques molles ou *gélatiniformes* ». Bertin et Bouillaud, dans leur deuxième observation, les avaient déjà signalées sous le nom d' « exsudation albumineuse » à la surface interne de l'aorte. Les dimensions de ces plaques varient d'un grain de mil à une pièce d'un ou deux francs, mais en se réunissant et en se soudant elles prennent parfois une étendue beaucoup plus grande. Elles sont souvent transparentes, présentent une coloration d'un gris rosé, ou encore d'un gris opalescent et jaunâtre ; quelquefois, colorées par le liquide sanguin, elles prennent une teinte rougeâtre ; elles paraissent lisses à leur surface, mais lorsqu'on promène le doigt sur elles, on sent le plus souvent des dépressions et des inégalités nombreuses qui leur donnent un aspect velouté ou chagriné. Leur consistance est molle, parfois élastique, d'autres fois comme lardacée. Le plus souvent, elles se continuent insensiblement avec l'endartère un peu rouge et seulement dépoli ; mais parfois aussi, elles forment comme des îlots avec des bords bien nets ou encore avec des contours plus ou moins irréguliers. En résumé, ces plaques varient de consistance et de couleur suivant la nature ou l'ancienneté du processus inflammatoire : grises et molles dans l'aortite aiguë, elles deviennent d'un gris jaunâtre et de consistance lardacée dans l'aortite subaiguë, pour être jaunâtres et dures dans l'aortite chronique. Du reste, l'aortite procédant par poussées successives, à côté de lésions récentes, on voit presque toujours des lésions plus anciennes ou d'un âge différent. Cornil et Ranvier ont donc eu raison de dire : « Entre l'artérite la plus aiguë et l'artérite la plus chronique, à sa période la plus ultime, on trouve tous les intermédiaires, on observe toutes les phases d'un travail morbide non interrompu. »

Les dépressions qui se montrent entre chaque plaque, l'existence de plaques plus dures, calcaires et osseuses que l'on rencontre dans les aortites chroniques avec poussées d'aortite aiguë, donnent l'apparence de ce qu'on appelle l'aorte *pavée*.

Quelquefois, il est possible de constater l'existence d'un caillot noirâtre, de consistance molle, et peu adhérent à la paroi interne. Celle-ci, surtout dans les maladies infectieuses, présente une coloration d'un rouge framboisé presque uniforme qu'on avait regardée à tort autrefois comme le principal indice de l'inflammation du système artériel. C'est là une erreur, et il s'agit simplement de caillots agoniques et d'imbibition de la membrane interne par la matière colorante du sang plus ou moins altéré. Cette membrane interne ne renferme le plus souvent aucune trace de néoformation vasculaire.

Les lésions siègent de préférence au niveau de l'ouverture des troncs vasculaires qui émergent de l'arbre aortique, elles entourent souvent leurs orifices d'une sorte de collier qui en rétrécit considérablement la lumière et qui peut même l'oblitérer complètement. C'est ainsi que sont rétrécis ou oblitérés les orifices des artères carotides,

(1) Extrait de la 2e édition des *Leçons de clinique et thérapeutique sur les maladies du cœur et des vaisseaux* (Paris, octobre 1892, Doin, éditeur).

(2) *Progrès médical*, 1879.

des sous-clavières, des artères coronaires. Dans l'observation que j'ai publiée en 1883 (1), il y avait une plaque d'inflammation au niveau de la naissance de l'artère carotide primitive gauche; aussi le calibre de cette artère était-il très diminué, et ne présentait-il plus que le tiers à peine de l'ouverture normale. Cette plaque faisait le tour complet de l'ouverture vasculaire et ne se prolongeait pas à plus d'un centimètre et demi dans son intérieur. L'orifice du tronc brachio-céphalique était aussi considérablement rétréci, et l'inflammation de l'aorte qui s'étendait sous forme d'une bande irrégulière au-dessus des valvules sigmoïdes avait produit un rétrécissement considérable des artères coronaires.

En ouvrant celles-ci, on constate souvent les mêmes lésions: les petites collatérales qu'elles émettent dans la substance du cœur présentent au niveau de leurs embouchures de petites plaques inflammatoires qui déterminent le rétrécissement ou l'oblitération de leur lumière. C'est à cet ensemble de lésions que convient le nom « d'*aortite oblitérante* ».

Dans un cas d'aortite subaiguë de la crosse aortique publié par Déjerine et Huet, il y avait une oblitération complète du tronc brachio-céphalique, presque complète de la carotide gauche. Le malade se trouvait ainsi dans les conditions où on aurait lié les deux carotides primitives et la sous-clavière droite, et la circulation devait se rétablir par les voies collatérales. Il en résultait pour le malade des vertiges, des étourdissements, des syncopes et des crises angineuses, celles-ci dues probablement au léger rétrécissement constaté à l'origine de l'artère coronaire postérieure. Le pouls était beaucoup plus faible à droite, et la dilatation de la sous-clavière gauche avec ses battements énergiques aurait pu faire croire à une dilatation anévrysmatique de la crosse de l'aorte.

Si, dans ce cas, la mort n'était pas survenue plus tôt, c'est parce que la circulation supplémentaire avait pu s'établir progressivement, grâce à l'intégrité des artères périphériques. En effet, le sang ne pouvait pénétrer dans les carotides internes et externes ni dans les branches de la sous-clavière droite entièrement oblitérées, que par la voie collatérale. Et celle-ci était représentée seulement par la sous-clavière gauche restée perméable. Par elle, la circulation pouvait se rétablir dans l'extrémité céphalique et le membre supérieur droit au moyen de la thyroïdienne inférieure gauche à la faveur de ses anastomoses avec sa congénère du côté droit; elle se rétablissait dans les carotides externes par les anastomoses avec les tyroïdiennes supérieures, dans la sous-clavière droite par la vertébrale gauche, dans les carotides internes par l'hexagone de Willis. Par les scapulaires et les cervicales profondes, par l'anastomose de l'intercostale supérieure avec la branche correspondante de la sous-clavière gauche et par la mammaire interne, la circulation se rétablissait enfin entre les deux sous-clavières (2).

D'autres fois, la lésion est encore bien plus limitée, elle n'existe qu'autour des vaisseaux coronaires par exemple, où elle n'a pas une étendue supérieure à celle d'un pain à cacheter, comme Potain m'en a cité un exemple, et comme j'en ai moi-même observé deux cas. Il s'agit alors d'une aortite *péri-coronaire*. Il n'en faut pas plus pour déterminer le syndrôme de l'angor pectoris, ce qui prouve que la gravité de la maladie dépend moins de son étendue que de son siège. Une figure intercalée dans mon travail sur les angines de poitrine en 1883 fournit un bon exemple de cette aortite oblitérante.

Les lésions de l'aortite aiguë s'observent plus souvent sur la portion ascendante de l'aorte et surtout au niveau de la crosse. C'est même dans ce point qu'elles restent longtemps limitées, laissant parfois complètement intactes les valvules sigmoïdes et la partie du vaisseau située immédiatement au-dessus d'elles. Il est rare qu'elles siègent exclusivement dans l'aorte descendante et qu'elles occupent la totalité du vaisseau.

A côté des lésions régressives, on a signalé exceptionnellement sur la membrane interne des vaisseaux de nouvelle formation dont la rupture peut donner lieu à quelques plaques ecchymotiques; il ne faut pas les confondre avec l'aspect rouge de l'aorte imputable le plus souvent à l'imbibition cadavérique.

Une lésion importante, non seulement pour l'anatomie pathologique, mais surtout au point de vue clinique, est la *dilatation aiguë de l'aorte*. Celle-ci n'est pas seulement due, d'après la loi de Stokes, à la parésie de la paroi vasculaire, mais aussi à la perte d'élasticité des tuniques infiltrées de cellules embryonnaires et devenues incapables de résister à la pression sanguine. Par suite de cette dilatation, les vaisseaux qui en émanent, et en particulier les artères sous-clavières, sont plus élevées qu'à l'état normal, et il en résulte des conséquences importantes au point de vue clinique.

On voit encore se produire une insuffisance aortique *fonctionnelle* dont on trouve la raison dans la dilatation de l'aorte; mais d'autres fois il s'agit d'insuffisance et de rétrécissement organiques dues aux lésions valvulaires souvent concomitantes.

Enfin, le cœur est presque toujours hypertrophié, surtout dans son ventricule gauche, qu'il s'agisse d'une hypertrophie *vraie* par augmentation de volume des fibres musculaires, ou d'une hypertrophie *fausse* due au développement plus ou moins considérable de la sclérose dystrophique. Mais, le poids de l'organe dans l'aortite *primitive* n'atteint jamais 900 grammes, comme Léger l'a établi. Ce volume et ce poids considérables ne s'observent que dans les cas d'aortite aiguë *secondaire* à l'aortite chronique ou encore à l'artério-sclérose. On observe alors concurremment toutes les lésions d'une myocardite chronique, ou plutôt d'une sclérose du myocarde.

On peut résumer ainsi les lésions de l'aorte dans la maladie que nous étudions :

1° Modification de coloration de la tunique interne, qui devient rouge ou d'un gris jaunâtre ; état chagriné et irrégulier de la surface interne ; formation de plaques rouges, rosées, grisâtres ou jaunâtres d'apparence œdémateuse, plus ou moins saillantes, sur la membrane interne (plaques gélatiniformes comparables en certains points à l'aspect des plaques de Peyer dans la dothiénentérie);

2° Epaississement des tuniques, infiltration de cellules embryonnaires entre les lames élastiques de la tunique moyenne, qui devient moins résistante, plus friable et plus fragile ;

3° Vascularisation et épaississement de la tunique externe, et propagation inflammatoire aux tissus voisins ;

4° Rétrécissement ou oblitération conséeutive des artères collatérales :

5° Dilatation de l'aorte.

Clinique. PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DES SYMPTOMES A toutes ces lésions anatomiques répondent des phénomènes physiologiques et cliniques dont on comprend sans peine la pathogénie.

Que l'inflammation soit localisée au pourtour des artères coronaires, qu'elle en rétrécisse l'orifice, il faut s'attendre à la production de phénomènes angineux, résultat de l'ischémie du myocarde.

Si l'aortite oblitérante se propage aux autres vaisseaux, au tronc brachio-céphalique, aux sous-clavières, on constatera l'inégalité des deux pouls radiaux (le pouls gauche étant ordinairement plus petit que le pouls droit), leur défaut d'isochronisme et le retard des battements artériels.

L'oblitération atteint-elle les vaisseaux carotidiens ? On observera les signes d'anémie cérébrale, des vertiges, des étourdissements, des lipothymies, et même une tendance à la syncope prolongée qui peut devenir mortelle. Celle-ci prend un caractère de gravité exceptionnelle, parce qu'elle a

(1) *Revue de médecine*, 1883.
(2) *Revue de médecine*, 1888.

une tendance à persister, ce qui résulte à la fois du rétrécissement des vaisseaux carotidiens et des artères coronaires. Ischémie cérébrale d'une part, ischémie cardiaque d'autre part; le cerveau manque au cœur, le cœur au cerveau, d'où syncope mortelle.

Le travail inflammatoire, qui tend à oblitérer les troncs artériels émanant de l'aorte thoracique, peut aussi envahir ceux qui ont l'aorte abdominale pour origine. Vraisemblablement aussi, à ces lésions doivent correspondre des phénomènes fonctionnels comparables à ceux que je viens de signaler dans les territoires irrigués par les artères coronaires, les sous-clavières, et les carotides : accidents dyspnéiques dus au rétrécissement des artères bronchiques, accès pseudo-gastralgiques dus au rétrécissement du tronc cœliaque, claudication intermittente des extrémités due au rétrécissement des artères iliaques.

L'anatomie pathologique nous montre, dans l'aortite aiguë, l'existence d'une dilatation du vaisseau ; il faut donc s'attendre à rencontrer dans l'histoire de la maladie tous les signes physiques de cette lésion. Ici, la clinique est en accord parfait avec la physiologie pathologique, comme celle-ci l'est avec les lésions anatomiques. Cet accord de l'anatomie pathologique avec la clinique a une grande importance pratique. En voici la preuve :

Un malade que j'ai observé dernièrement ne présentait, quand je le vis pour la première fois, que les troubles fonctionnels de l'angine de poitrine vraie. Comme j'en donnerai la démonstration en exposant les résultats de mes recherches sur ce syndrome, il devait donc être atteint d'aortite péricoronaire. Sur quelles preuves immédiates appuyer ce diagnostic? Aucun signe physique direct ne m'autorisait à le faire. Je n'ai cependant pas hésité à déclarer l'existence d'une aortite aiguë, du seul fait que je constatais les signes d'une dilatation aiguë de l'aorte. Considérée en elle-même, cette aortite péricoronaire est donc fruste, aucun signe physique dans l'histoire clinique du malade n'autorisant à en affirmer l'existence. Seule, la dilatation aortique a été pour moi la manifestation dénonciatrice. Voilà donc une preuve de l'importance de cette ectasie.

A côté de ces phénomènes ayant pour origine les lésions inflammatoires de l'aortite, il en est d'autres qui sont en rapport avec des altérations consécutives. Ces phénomènes surajoutés s'observent quand la phlegmasie, se propageant aux tuniques externes de l'aorte, détermine une inflammation secondaire du péricarde, ou bien des nerfs du plexus cardiaque, inflammation qui retentit plus loin encore et met en jeu par irradiation les synergies du pneumogastrique; de sorte qu'aux accidents de la névrite cardiaque s'ajoutent des troubles fonctionnels encore plus lointains.

Parfois, cette inflammation du péricarde péri-aortique persiste pendant un temps plus ou moins long, et le seul signe physique, qui peut ainsi exister pendant des mois, est constitué par un frottement péricardique de la base. Défiez-vous alors de ces frottements persistants de la base qui peuvent bien cacher l'existence d'une aortite, latente jusque-là.

Les altérations de l'aorte ont pour conséquence immédiate, comme je l'ai dit tout à l'heure, une diminution de l'élasticité du vaisseau à laquelle il faut joindre une augmentation de la tension vasculaire. De là, les efforts du muscle cardiaque pour rétablir l'équilibre, pour lutter contre les obstacles, de là un travail plus actif du myocarde; de là sa fatigue depuis longtemps préparée par son défaut d'irrigation sanguine. Alors, le cœur se dilate, s'hypertrophie et dégénère rapidement.

Modes de début.— Trois phases caractérisent la marche de cette maladie au point de vue de la physiologie pathologique :

Au début, l'inflammation artérielle et ses conséquences sur la circulation ; plus tard, l'extension de l'inflammation aux organes voisins ; plus tard encore, les altérations secondaires et des troubles fonctionnels du cœur.

Cette évolution du processus anatomique et des phénomènes physiologiques nous permet, dès à présent, de prévoir que les symptômes de la maladie sont ceux des oblitérations ou des rétrécissements vasculaires, des inflammations de voisinage, et qu'elles consistent surtout dans des manifestations douloureuses et dyspnéiques.

En effet, si parallèlement au développement de ces lésions on considère la marche de la maladie, on voit que le début, parfois rapide, est plus souvent insidieux.

Un malade, âgé de quarante-cinq à cinquante-cinq ans, vient nous consulter. Notez bien cet âge, car le processus aigu de l'aortite diminue de fréquence avec l'âge et la vieillesse, ce qui est le contraire pour l'inflammation chronique. Cet homme est diathésique, c'est-à-dire rhumatisant ou goutteux, et de ces deux causes la dernière est la plus importante ; il se plaint de palpitations que l'on regarde d'abord comme nerveuses, parce que l'examen physique du cœur n'en donne pas encore la raison. Un jour, sans cause apparente, il est pris d'une sensation de dyspnée singulière qui survient la nuit de préférence ; on croit à un accès de dyspnée asthmatique et dans certains cas la méprise a été telle qu'on a prescrit les eaux du Mont-Dore ou de Cauterets. Il n'en était rien, cet accès d'oppression était d'origine aortique.

Quels sont donc les caractères de cette opression? C'est une dyspnée d'effort, débutant le plus souvent à l'occasion d'une marche, d'un travail musculaire, et bien différente de l'oppression de l'asthme. A cette dyspnée s'ajoute une sensation d'angoisse ou d'anxiété précordiale, de barre transversale, de déchirure et de chaleur, ou même des douleurs franchement rétro-sternales. On pourrait croire à un asthme si le malade n'accusait pas de sensations douloureuses ; du fait qu'elles existent, on doit éloigner cette opinion. D'ailleurs, l'accès d'asthme vrai n'est pas provoqué par les efforts, et sa dyspnée est caractérisée par une certaine lenteur de l'inspiration avec sibilances et prolongement de l'expiration. Dans la dyspnée de l'aortite, les phénomènes physiques font défaut : on ausculte le cœur et on n'entend rien; on explore l'aorte et le résultat est encore négatif; on analyse les urines, et celles-ci sont normales ; on percute, on ausculte la poitrine, rien toujours. Eh bien, défiez-vous de ces dyspnées *sine materia*, de cette dyspnée d'effort; cherchez l'artério-sclérose et l'aortite, et souvent vous les trouverez.

Les accès d'oppression vont se répéter. Survenue spontanément pendant la nuit, la dyspnée paroxystique devient permanente et entrecoupée par des paroxysmes plus ou moins violents. Vous constaterez alors de la péricardite sèche à la base du cœur, et le retentissement du second bruit de l'aorte. Les claquements valvulaires sont secs et parcheminés, ils sont à la fois sourds et vibrants, et au bout d'un certain temps ou quelquefois de très bonne heure, le bruit diastolique de l'aorte prend un timbre métallique, tympanique ou clangoreux. D'autres fois, il ne s'agit que d'un *retentissement diastolique en coup de marteau*, comme je l'ai démontré depuis longtemps. Les signes de l'ectasie aortique sont alors apparents. Puis, le cœur hypertrophié peut tout à coup fléchir, les urines contiennent un peu d'albumine, et la maladie s'aggrave. C'est alors qu'on peut entendre un souffle sous-mamelonnaire, et que les phénomènes vont encore se précipiter. Il s'est produit une insuffisance mitrale, et le malade passe de l'aortite dans la mitralité. Il va faire de l'asystolie, aux progrès incessants de laquelle il succombera.

Syncope, angine de poitrine ou asystolie, voilà donc quels sont les aboutissants de ce processus pathologique : mort subite dans les deux premiers cas, mort plus lente dans le troisième.

Le plus souvent, la marche de cette affection est rémittente ; après chaque poussée d'aortite, tout rentre dans l'ordre ; et l'accalmie persiste jusqu'à la production d'une nouvelle poussée.

Si l'aortite est une par ses lésions, il faut savoir que ses

allures cliniques et ses modes de début sont multiples. Une *péricardite sèche*, localisée au cul-de-sac péricardique, a pu par exemple en marquer le premier signalement clinique, comme je l'ai démontré par l'anatomie pathologique.

D'autres fois, c'est sous le masque de l'*anémie* que la maladie apparaît.

Chez un malade que je voyais avec mon regretté collègue Rathery, on ne constatait d'abord que des signes d'anémie, de la pâleur de la face; le malade avait des vertiges, des éblouissements, quelques palpitations, puis des lipothymies et de la dyspnée d'effort. On l'avait regardé jusqu'alors comme simplement anémique; mais l'auscultation du cœur m'avait permis de bonne heure de rattacher la plupart de ces phénomènes à une légère insuffisance aortique, restée latente jusque-là. A la percussion, la matité de l'aorte était augmentée, s'étendant à 2 centimètres au delà du bord droit du sternum. Quelques semaines plus tard, les signes d'aortite s'accusèrent: le malade ne pouvait faire un mouvement, un effort quelconque sans avoir de la dyspnée, il éprouvait une sensation de déchirure et de pesanteur rétro-sternales, les artères du cou battaient avec violence, le visage prit une teinte de plus en plus pâle et comme terreuse, des poussées congestives aiguës survinrent aux poumons sous forme de foyers de râles crépitants fins, le cœur fléchit et s'affaiblit de plus en plus, il devint insuffisant, les extrémités s'infiltrèrent et le malheureux malade mourut après trois mois, en pleine asystolie.

Ici, le début de l'aortite s'est révélé par des symptômes anémiques et par une insuffisance aortique. Je ne prétends pas que celle-ci soit survenue d'emblée, ce qui serait une grave erreur, car il est certain qu'elle a été préparée de longue main par un travail latent d'aortite chronique sur laquelle s'est greffée plus tard une aortite subaiguë. Je veux montrer par là que l'insuffisance aortique peut être la première manifestation apparente que l'on ait à constater.

D'autres fois, ce sont les *accidents angineux* qui ouvrent la scène.

Soudain, au milieu de la santé en apparence la plus parfaite, éclate le premier accès de sténocardie, et c'est seulement plus tard que les symptômes d'aortite subaiguë apparaissent.

Il y a quelques mois, je voyais un malade qui avait eu pour la première fois un violent accès de sténocardie; à cette époque, il ne présentait aucun signe physique d'aortite. Cette affection ne s'est révélée que quelques semaines plus tard par des accidents dyspnéiques et lipothymiques, par du bondissement des artères du cou et les symptômes d'une insuffisance aortique.

D'autres fois encore, vous constatez une *hypertrophie cardiaque*. La matité de l'organe est augmentée, la pointe abaissée, les accès de palpitations sont fréquents, et comme il n'y a aucun bruit de souffle aux orifices, vous avez une tendance à admettre une hypertrophie simple du cœur. Or, celle-ci est une rareté pathologique, l'hypertrophie cardiaque étant presque toujours secondaire, et bientôt les signes de l'aortite qui vont se succéder démontreront votre erreur.

Ainsi donc, l'aortite se démasquera dans ses premières périodes sous des aspects différents. Mais, que vous ayez affaire à un malade atteint d'une insuffisance aortique, d'une hypertrophie cardiaque, d'une dyspnée paroxystique, d'une péricardite persistante de la base, ou d'accès angineux, vous devez chercher de bonne heure si tous ces accidents divers ne doivent pas être mis sur le compte d'une inflammation de l'aorte.

Le mot « inflammation » comporte souvent avec lui l'idée d'une affection fébrile. Or, il n'en est absolument rien, et cette maladie, qu'on accusait autrefois de produire la fièvre, accomplit son évolution dans l'*apyrexie la plus complète*. C'est un point sur lequel Corrigan avait déjà appelé l'attention dès 1838, et cela est si vrai que l'apparition d'accidents fébriles dans le cours d'une aortite doit toujours donner l'éveil au clinicien. Cherchez, et alors vous trouverez presque toujours une inflammation consécutive des organes voisins, une péricardite ou une pleurésie.

Cela prouve, une fois de plus, que sur le terrain de la clinique, il faut juger d'après les faits, et non d'après les doctrines. La théorie de l'aortite, considérée comme lésion causale de la fièvre, n'a eu qu'une éphémère durée, elle a survécu à peine aux doctrinaires qui l'ont soutenue. C'est, du reste, le sort de toutes les théories qui ne sont pas appuyées sur l'observation des faits. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Tout à l'Égout et l'Assainissement de la Seine.

« Durand-Claye, l'ingénieur promoteur du Tout à l'Egout et à la Seine est mort. On ne peut donc pas demander qu'on le fusille. Mais franchement, aux jours sombres des révolutions, la colère populaire a lynché des hommes qui n'étaient que de petits criminels à côté de ceux qui ont fait à Paris une semblable honte. Allez donc voir cette pourriture, Parisiens! » (Jean-sans-Terre, *Petit Journal* du 12 août).

Nous avons démontré quelle était l'intensité de l'infection de la Seine et insisté sur les graves inconvénients de toute sorte qu'elle entraîne et, en particulier, sur les graves dangers auxquels elle expose les populations riveraines qui font usage de ses eaux contaminées, dont la fermentation toujours redoutable a, pour ainsi dire, offert cette année son maximum en raison des chaleurs très fortes du mois d'avril d'abord, puis des mois de juillet et d'août. Depuis longtemps, mais surtout depuis 18 à 20 ans, le Conseil municipal de Paris et l'Administration n'ont pas discontinué d'étudier les voies et moyens d'obéir aux prescriptions de la loi, c'est-à-dire de mettre un terme à la pollution de la Seine.

Ces moyens peuvent être réunis en trois groupes: 1° épuration mécanique; — 2° épuration chimique; — 3° épuration par le sol et utilisation agricole ou épuration naturelle.

L'*épuration mécanique* consiste à faire passer les liquides dans des bassins contigus que l'on remplit et que l'on vide alternativement. Les eaux plus ou moins clarifiées par leur ralentissement dans des bassins ou par leur passage à travers des substances inertes diverses, ne sont dépouillées que d'une faible partie de leurs éléments fermentescibles. Quant aux matières solides, aux boues, elles ne seraient pas moins de 3 à 400 tonnes par jour si l'on appliquait ce procédé aux 340 à 360 mille mètres cubes quotidiens des eaux d'égout de Paris. Ces boues, difficiles à placer, constitueraient bientôt des dépôts infects qui soulèveraient des protestations aussi légitimes que les dépotoirs et les entassements de gadoues.

Les procédés d'*épuration chimique* sont nombreux; on en compte plus de 500. Ils consistent dans l'emploi de réactifs chimiques, tels que la chaux, le charbon, les sels d'alumine, et tous ont abouti au même résultat: simple clarification, pas d'épuration complète, cherté du procédé, difficulté de manutention et de placement des dépôts boueux. Les procédés chimiques, plus ou moins applicables dans les petites villes, mais toujours imparfaits, ont été écartés pour toutes les grandes villes. Tous ces procédés abou-

tissent d'ailleurs à la production de résidus encombrants, exigeant de vastes magasins, d'un transport coûteux, et partant d'un placement et d'un emploi difficiles. Les cultivateurs, en effet, préféreront toujours, et avec juste raison, les engrais plus riches sous un moindre volume. D'où il suit que nous continuerions à avoir, comme maintenant, autour de Paris, la même ceinture de dépotoirs et d'usines infectes et insalubres (1).

Nous ne pouvons énumérer ici tous les procédés chimiques dont beaucoup ont été exposés par leurs auteurs, même expérimentalement, devant des commissions municipales ou parlementaires. L'un d'eux, M. Defosse, revient aujourd'hui à la charge et préconise de nouveau son procédé d'épuration chimique dans une lettre adressée à M. Frédéric Passy et publiée par la *Cocarde* du 2 septembre. M. Defosse se plaint de l'appréciation défavorable que nous avons formulée naguère sur son procédé (2). Afin de prouver qu'elle était parfaitement motivée, nous allons reproduire deux passages de sa lettre :

« Les analyses de ces eaux (les eaux sortant de son appareil), dit-il, faites par M. Durin, le chimiste qui assista à ces expériences, concluent ainsi : « Au point de vue organique, ces eaux peuvent se classer *à l'extrémité des eaux potables*, et si on les considère comme commençant d'être suspectes, *elles sont cependant au moins aussi bonnes que les eaux de la Seine.* »

Si M. Defosse est satisfait de cette conclusion, nous doutons fort qu'il en soit de même des intéressés. Voici le second passage :

« Je m'engage, écrit M. Defosse, à démontrer péremptoirement qu'il y a moyen de purifier rapidement, économiquement et au fur et à mesure qu'elles se présentent, toutes les eaux d'égout de Paris ; *de rendre ces eaux à la Seine aussi pures que celles du fleuve à son entrée à Paris.* »

Nous avons cité (p. 204), des faits qui rendent évidente l'infection de la Seine déjà à un degré prononcé, à son entrée dans Paris. Jean-sans-Terre du *Petit Journal* termine ainsi son article du 15 septembre intitulé *L'infection de la Seine en amont de Paris* : « La Seine reçoit donc en quantité de l'EAU POURRIE *avant d'arriver à Paris.* C'est l'eau déjà souillée par toutes ces projections directes qu'on fait boire aux contribuables quand on tourne, à la Ville, le robinet géant de l'eau de rivière (3). » M. Defosse déclarant que par son procédé il rendra les eaux d'égout, prises en aval, semblables à l'eau de la Seine à son entrée dans Paris, c'est-à-dire semblables à l'*eau pourrie* de Jean-sans-Terre, son procédé est jugé (4).

Pour en terminer avec l'*épuration chimique* des eaux d'égout nous rappellerons la conclusion, sur ce point, de notre second Rapport :

« Toutes les Commissions qui, depuis 1870 jusqu'en 1885, ont examiné la question de la voirie de Bondy ou la question d'assainissement de la Seine, ont, à juste titre, éliminé successivement les procédés chimiques comme moyen rationnel et pratique. « Il est évident, dirons-nous avec M. le Pr Proust, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des services sanitaires, que ce n'est point encore là qu'il faut chercher la solution du problème. » MM. Schlœsing et Bérard ne sont pas moins formels : « Après les expériences de M. Frankland, de M. Hoffmann et de MM. Mille et Durand-Claye, écrivent-ils, après les échecs de tentatives telles que celles des municipalités de Leicester et de Birmingham, *le procédé de l'épuration chimique ne trouve plus de défenseurs* (1). »

« Enfin, dans une note lue le 3 juillet 1885 à la *Commission d'assainissement de Paris*, M. le Pr Bouchardat, dont tout le monde connaît la haute compétence dans les questions d'hygiène, a communiqué les faits suivants : « 1° les poissons meurent au bout de 3/4 d'heure dans des eaux contenant 0 gr. 0005 d'acide chlorhydrique, au bout de 6 à 8 heures dans les eaux contenant 0 gr. 0002 d'acide ; 2° deux gouttes d'essences diverses, telle que la créosote dans un litre d'eau, tuent les poissons ; 3° la *chaux*, introduite dans l'eau, tue les poissons. » — De tous ces faits, il résulte que les eaux, sortant des bassins d'épuration acide ou alcaline, ne peuvent être admises dans les cours d'eau.

Les procédés mécaniques et chimiques étant reconnus insuffisants, il ne reste plus, quant à présent, que l'épuration par le sol ou *épuration naturelle*.

L'*épuration par le sol* consiste à déverser sur un sol perméable des quantités variables d'eaux d'égout, avec ou sans utilisation agricole. Il s'agit là d'une pratique ancienne. Elle a été appliquée par les Maures dès les XIe et XIIe siècles dans un certain nombre de villes d'Espagne : Grenade dont l'égout collecteur reçoit toutes les eaux sales et les porte au Xenil, chargé des irrigations de la plaine de la Vega ; — Valence, dont les propriétaires des terrains irrigués — l'irrigation modèle, écrit Mille (2) — expédient des primeurs aux Halles de Paris (3) et approvisionnent d'oranges les marchés de Londres et de New-York. Puis, vers la même époque, nous trouvons les irrigations faites avec les eaux d'égout de Milan sur les prés marcites, dont on attribue l'application aux compagnons de Saint-Bernard (1091-1153). « Les Lombards, en répandant sur les prés les eaux riches et tièdes des égouts, ont trouvé le secret des irrigations d'hiver. La végétation ne s'arrête qu'en décembre et donne déjà de l'herbe en février. » (Mille, *loc. cit.*, p. 26).

Si nous avons insisté sur les irrigations d'eaux d'égout en Espagne et en Italie (4) c'est qu'elles ont commencé il y a *huit siècles* et ont continué sans interruption jusqu'à nos jours, sans que les terrains aient été saturés ou colmatés et sans qu'ils n'aient cessé de produire d'abondantes récoltes et cela sans déterminer aucun accident pour la sécurité publique.

En 1881, on comptait en Angleterre 134 villes envoyant tous leurs immondices à l'égout et utilisant agricole-

---

(1) Nous empruntons ce résumé à notre *Conférence de l'assainissement de Paris et de la Seine*, faite le 20 février 1888 à la *Société centrale du travail professionnel*, présidée par notre ancien collègue du Conseil municipal, M. Th. Villard.

(2) Bourneville. — *Rapport sur le Projet de loi ayant pour objet l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris et l'assainissement de la Seine.* Réimpression, 1888. On trouvera dans ce rapport de nombreux renseignements sur les différents procédés d'épuration.

(3) Si le *Petit Journal* était logique, il devrait réclamer du département de Seine-et-Oise les travaux d'assainissement qui lui incombent, comme il le fait pour le département de la Seine.

(4) M. Frédéric Passy, qui a assisté aux expériences faites à Clichy, a terminé ainsi sa communication au Conseil général de Seine-et-Oise : « Mais le projet est-il pratique en grand ? Les membres du Conseil d'hygiène de Seine-et-Oise ont paru en douter à raison du prix des matières employées, notamment le permanganate de fer... » (*Procès-verbal du Conseil général de Seine-et-Oise*, 1886, p. 290.)

(1) *Commission de l'assainissement de Paris*, 28 septembre 1880, p. 207.

(2) Mille (A.). — *Assainissement des villes par l'eau, les égouts, les irrigations.* — Paris, 1885.

(3) Ces *primeurs* sont naturellement consommées par les personnes riches et par les grands restaurants. Les consommateurs ne se doutent pas qu'elles sont dues à des irrigations d'eaux d'égout, comme les produits maraîchers de Gennevilliers.

(4) A Novare et à Florence, on a recours aussi à l'épuration naturelle complète, c'est-à-dire avec utilisation agricole.

ment les eaux d'égout. Citons encore, à l'étranger, Lausanne, Berlin (1), Breslau, Athènes, etc. (2).

Aux Etats-Unis, où le *Tout à l'égout* existe depuis de longues années, on utilise également les eaux d'égout pour l'agriculture. Le gouvernement de l'Etat de Massachusetts répand ses eaux d'égouts chargées de vidanges sur les terrains avoisinant les prisons centrales (3).

En France, l'utilisation des eaux d'égout se fait dans un grand nombre de villes : Montélimar, Saint-Léonard, Perpignan, Saint-Etienne, Poitiers, Reims, etc., etc.

C'est en s'appuyant sur cette pratique de plus en plus répandue et en particulier sur l'expérience de Gennevilliers, que toutes les Commissions d'abord, puis le Conseil municipal et le Parlement ont adopté pour l'*assainissement de la Seine* l'épuration par le sol.

C'est en mai 1869, c'est-à-dire il y a 22 ans, que l'eau d'égout arriva pour la première fois sur les terrains de la plaine de Gennevilliers. L'expérience commença sur six hectares. Les premières installations, bouleversées durant la guerre, furent remises en état en 1872 et s'étendirent sur 31 hectares. Les surfaces irriguées augmentèrent rapidement, 200 hectares en 1875, 642 hectares au 1er octobre 1886 et plus de 900 aujourd'hui. La dose moyenne d'eau d'égout par hectare est de 38 à 40.000 mètres cubes par an. La valeur locative des terrains a quintuplé. La commune a traité avec la ville de Paris pour s'assurer une distribution d'eau d'égout aussi abondante que les habitants le désireraient, quelle que fut l'extension future des irrigations : c'est ce qui arrivera chaque fois que la ville de Paris établira de nouveaux champs d'irrigation.

Dans la séance du 19 février 1885, le gouvernement a déposé un projet de loi sur l'utilisation agricole des eaux d'égout et l'assainissement de la Seine. La Commission chargée de l'examen du projet tint de nombreuses séances : les adversaires du projet firent tous leurs efforts pour le faire échouer et empêcher que le rapport, dont nous avions été chargé, ne fût fait avant la fin de la législature. Nous parvînmes cependant à le déposer sur le bureau de la Chambre des Députés le 25 juillet 1886. Mais quand il s'agit de le mettre à l'ordre du jour, ils l'emportèrent.

Malgré nos efforts et ceux de nos collègues de la Seine, ce fut seulement le 18 mars 1886 que le projet fut réintroduit par le Gouvernement. Comme les travaux de la Chambre des Députés meurent à chaque législature, quand ils n'ont pas eu de solution définitive, il fallut nommer une nouvelle commission qui recommença la même besogne et eut à supporter les mêmes tentatives d'obstruction. Notre second rapport fut déposé le 22 novembre 1886.

A la suite d'une discussion très vive, qui occupa une partie des séances des 17, 19, 21, 23, 24 et 25 janvier 1888, la Chambre des Députés adopta avec quelques modifications le projet de loi proposé au Gouvernement.

La proposition de loi fut indroduite au Sénat le 31 janvier. La Commission fut nommée le 19 février. Notre ami le professeur Cornil déposa son remarquable rapport le 6 décembre 1888. La discussion fut presque aussi passionnée et aussi prolongée qu'à la Chambre. Enfin le Sénat adopta le projet le 17 janvier 1889. Mais comme il y avait introduit une modification d'ailleurs très légère, la nomination de cinq experts au lieu de quatre, le projet de loi dût retourner à la Chambre des Députés. Le 21 février de la même année, nous déposâmes notre troisième rapport. La discussion eut lieu les 12, 16 et 25 mars; elle ne fut pas moins ardentes que les précédentes, mais se termina par l'adoption définitive du projet.

Tous nos efforts et ceux des partisans du projet, parmi lesquels les députés de la Seine, sauf un, M. Benjamin Raspail, tendaient à faire assainir la Seine le plus promptement possible et par conséquent à supprimer les justes plaintes des communes riveraines de Seine-et-Oise. Tous les efforts de nos adversaires, en tête desquels figurait toute la députation de Seine-et-Oise (1), avaient au contraire pour but de retarder cette réforme.

Dans un prochain article, nous exposerons les grandes lignes du projet de l'assainissement et nous dirons ce qui a été fait pour son exécution. BOURNEVILLE.

(1) Le rapport d'ensemble dû à un savant de réputation européenne, Virchow, concluait de la manière la plus formelle à la distribution d'eau pure, à l'établissement des water-closets, à l'écoulement total à l'égout, à l'épuration des eaux par l'irrigation, conformément aux projets de M. Hobrecht, qui eut mission de réaliser ses idées et obtint la satisfaction de les voir réussir. (Mille, *loc. cit.*, p. 53). Les ingénieurs de Berlin étaient venus voir l'expérience de Gennevilliers et s'en sont servis pour la réalisation de leurs projets. Moins heureux que Hobrecht, Durand-Claye est mort avant d'avoir réalisé l'œuvre sanitaire dont il s'était fait le plus ardent défenseur et on insulte à sa mémoire.

(2) Un grand nombre d'asiles d'aliénés allemands utilisent leurs eaux d'égout et les vidanges dans leurs demeures.

(3) Le dépôt de mendicité et la maison de Nanterre appliquent le *Tout à l'égout* et l'utilisation agricole.

(1) Les intérêts électoraux sont terribles quand ils interviennent dans les questions de ce genre. Alors ce ne sont pas les opinions motivées des hommes compétents, les faits acquis par la science qui entrent en ligne de compte et dirigent les députés et les sénateurs, ce sont les préjugés de leurs électeurs, reposant sur l'ignorance.

Association française pour l'avancement des Sciences.

21e session : *Congrès de Pau* (15-22 septembre 1892).

Les travaux du Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences ont été inaugurés à Pau, jeudi dernier 15 septembre, à trois heures et demie. La séance d'inauguration a été présidée par M. Faisans, maire de Pau, assisté de MM. Piche et Picot, vice-présidents. M. Biraben, ingénieur, secrétaire du Comité local et qui a rendu de si nombreux services aux membres associés qui sont venus aux travaux du Congrès, était assis à côté de ces Messieurs.

Sur le premier rang des fauteuils installés sur la scène du théâtre de la ville, nous notons la présence de M. Collignon, inspecteur général des Ponts et Chaussées, président de l'Association ; de M. Crova, secrétaire ; de M. Gariel, ingénieur des Ponts et Chaussées, professeur à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire général du Conseil d'administration ; de M. le Dr Cartaz, secrétaire adjoint ; de M. P. Martin, inspecteur général des Ponts et Chaussées, vice-secrétaire ; de M. le Pr Bouchard (de Paris), vice-président du Conseil ; de M. Galante, trésorier ; de M. Renaud ; et de M. le colonel Laussedat, délégué du Ministre du Commerce, etc., etc.

En dehors des nombreux membres du Comité et des associés départementaux dont il est impossible de citer les noms, nous remarquons aux places réservées : MM. Léon Say, député de la première circonscription de Pau ; Yves Guyot, député ; M. le préfet Deffès, MM. d'Etchepare et Minvielle, adjoints; M. l'ingénieur en chef Drouet ; M. le président Cazeaurang ; M. le Dr Gils, médecin-major au 18e ; M. le Dr Monod ; M. le directeur des Postes et Télégraphes Hubler ; M. Thierry, directeur des Douanes à Bayonne ; M. le comte

Russel ; M. Soulice, bibliothécaire de la ville, etc., etc.

Le maire, M. Faisans, a ouvert la séance par un charmant discours qui a été accueilli par de nombreux applaudissements. Après avoir rappelé le rôle du regretté Louis Lacaze, vice-président du Comité, décédé il y a deux mois, qui fut l'âme du Comité local, qui s'était chargé de la rédaction du volume, il a esquissé, avec une finesse fort appréciée, les richesses de la ville dont il a l'honneur de gérer les affaires. C'est son château, berceau d'Henri IV, son panorama unique et, surtout, son climat absolument étonnant dont l'action sédative est si indiscutable qu'elle met réellement les pauvres journalistes non acclimatés dans un état d'infériorité manifeste. Après avoir mentionné les travaux d'embellissement et d'assainissement dont la municipalité paloise poursuit depuis une vingtaine d'années l'exécution, et le peu de goût des Béarnais et des Basques pour les études scientifiques, — ce qui nous a paru indiscutable, — il a terminé par ces mots :

« Par contre nous recevrons de vous de profitables exemples... Vous nous apprendrez que les sciences sont les maîtresses de l'univers et que leur étude sollicite les plus hautes intelligences, parce qu'elle tend à l'amélioration constante de l'humanité. Chacune de ses conquêtes, même celle qui peut paraître insignifiante à son origine, est un facteur nouveau du progrès, et s'il nous est permis d'espérer que nos arrière-neveux seront mieux outillés que nous pour la lutte pour la vie, mieux défendus contre la maladie, contre la misère, plus heureux en un mot, c'est que l'élite de la génération présente aura vaillamment poursuivi l'œuvre de ses devanciers et apporté sa contribution à la découverte de quelqu'un de ces infinis secrets qui constituent l'impénétrable énigme de ce monde. C'est à ce titre, messieurs, que la tâche que vous vous êtes assignée est digne du respect de tous. Vous êtes assurés de trouver ici l'accueil le plus déférent et le plus affable. Notre population, essentiellement hospitalière, est heureuse de vous recevoir. En son nom et au nom de nos voisins accourus pour assister à vos travaux, j'ai l'honneur de vous souhaiter la bienvenue. »

Le président de l'Association qui, comme chacun sait, change chaque année, est cette fois un inspecteur général des ponts et chaussées, M. Collignon, dont le discours a rempli presque toute la séance d'ouverture. Il a parlé naturellement de la *science et du rôle des ingénieurs dans le développement de la civilisation.* Nous ne pouvons analyser ici, bien entendu, une allocution d'ordre aussi technique ; mais il nous semble intéressant d'insister sur un point qui n'a été qu'ébauché par le célèbre ingénieur et qui intéressera certainement les médecins.

« Le développement mécanique de l'époque moderne, a dit M. Collignon, conduit presque partout à créer des systèmes compliqués, encombrants, toujours en réparation, et bruyants pour la plupart : les uns produisent un bourdonnement continu, d'autres procèdent par coups secs, d'autres encore par sifflements aigus. Ce ne peut être là l'idéal. Les forces naturelles font infiniment plus de travail, sans faire à beaucoup près autant de tapage.

« Dans un autre ordre d'idées, n'est-ce pas à l'intensité du mouvement moderne qu'on doit attribuer *l'existence de ce troupeau d'hommes agités,* qui, en regard de ceux qui travaillent et qui produisent, font un grand bruit et se donnent beaucoup de peine pour un résultat médiocre ou nul ? Ce sont les frêlons égarés parmi les abeilles. En quoi ils excellent, c'est à former des projets ; l'exécution est, en général, laissée à d'autres. Voient-ils un lac, ils proposent de le dessécher ; trouvent-ils un bas-fond à sec, ils veulent y amener la mer. Lorsqu'on aura fini de couper les isthmes, ils s'occuperont de boucher tous les détroits. Il y a loin, heureusement, du projet à l'exécution. Aussi, quoiqu'il soit possible, en cherchant bien, de trouver des ports de mer sans trafic et des chemins de fer sans voyageurs, la fortune des nations n'est pas sérieusement compromise par l'esprit de vertige qui exalte quelques-uns de nos contemporains. »

Rien de plus juste, mais cette exubérance, comme d'ailleurs a ajouté l'orateur, est un signe indéniable de l'activité des esprits et tout cela est préférable à l'engourdissement et à la torpeur de certains peuples, — torpeur qu'on s'explique trop quand on séjourne seulement huit jours dans une ville comme Pau.

M. Collignon a cru devoir, en terminant, donner la note patriotique ou tout au moins s'est permis une petite allusion politique ; c'était peut-être légère critique à l'égard d'une de nos manies favorites ou même un moyen de placer quelques vers que je vous donne pour ce qu'ils valent. On ne peut lui en faire un crime. La devise de l'Association, aujourd'hui majeure (elle a 21 ans d'hier), n'est-elle pas : « Par la Science, pour la Patrie ? » Voilà la péroraison de ce discours :

« Chaque peuple a son tempérament particulier, ses aptitudes propres, son patrimoine de traditions qu'il doit conserver, et, s'il se peut, enrichir. Dans le partage qui s'est fait entre les nations, nous n'avons pas à nous plaindre du lot qui nous est échu. Libre à nous d'imiter les peuples étrangers, mais avant tout sachons rester nous-mêmes. C'est à cette conclusion que je m'arrête, en vous rappelant à ce propos, pour clore un discours qui n'a que trop duré, ce fragment d'une vieille chanson nationale, que nos pères chantaient il y a quelque quatre-vingts ans :

J'aime qu'un Russe soit russe,
Et qu'un Anglais soit anglais,
Si l'on est prussien en Prusse,
En France soyons français ! »

Le reste de la séance d'ouverture a été consacré au rapport de M. Crova, secrétaire général de l'Association, qui a fait l'*historique du dernier Congrès tenu à Marseille* et le compte rendu financier de M. Galante, qui a constaté la prospérité croissante de l'Association (1).

La séance d'ouverture étant terminée, le Président a invité les membres du Congrès à se rendre dans les locaux affectés à leurs sections respectives et à constituer les bureaux des sections. On trouvera plus loin (2) la constitution complète du bureau de la section des sciences médicales. Rappelons seulement que la section a été présidée par M. le Pr Demons (de Bordeaux) et a eu pour secrétaire général M. le Dr Marcel Baudouin (de Paris). Les sections n'ont commencé, comme d'habitude, leurs travaux spéciaux que le lendemain vendredi. Nous publions plus loin une brève analyse des principales communications qui ont été faites ce jour-là et les suivants dans la section de médecine ; nous y avons joint quelques mémoires adressés à celles d'hygiène et de zoologie.

Le soir, réception splendide à la villa du parc Beaumont par la municipalité (3). Les jours suivants, excur-

(1) On trouvera tous ces discours *in extenso* dans le dernier numéro de la *Revue de Chirurgie.*

(2) Voir page 224.

(3) La réception, offerte le même soir jeudi, par la municipalité, a eu lieu à 9 heures, à la villa du parc Beaumont et a été très bril-

*

sions dans les Pyrénées et naturellement aux principales et nombreuses stations thermales de la région. Le dimanche 18, on a commencé par Salies-de-Béarn, etc. Le jeudi 22, grande expédition aux Eaux-Bonnes, Cauterets, etc.

Tous les médecins qui venaient à Pau pour la première fois ont été frappés par les caractères si curieux de son climat exceptionnel, qui n'a rien de comparable avec celui des bords de la Méditerranée. Et notre séjour sur les rives enchanteresses du Gave, face à cette barrière de granit qui vous écrase de si loin sur le boulevard du Midi, nous remettait en mémoire l'impartiale appréciation du célèbre clinicien Louis en 1855 :

« Pendant mon séjour dans la capitale du Béarn j'étais dans un étonnement perpétuel, n'ayant jamais rien vu ni lu de semblable... *Absence de vents réguliers, défaut d'humidité libre dans l'air, uniformité des oscillations thermométriques*, tels sont les caractères climatériques de cette station médicale, qui a réellement une supériorité marquée sur Rome. »

Je l'affirme : Pau n'a pas changé depuis qu'une circonstance bien pénible amenait, il y aura bientôt 40 ans, notre maître Louis dans cette région si privilégiée, mais si peu hospitalière en été. Et l'an prochain, à pareille époque, au Congrès international de Rome, je compte bien vous dire si, à ce point de vue, la capitale de l'Italie est réellement inférieure à celle de la Navarre.

Marcel BAUDOUIN.

---

lante. Voici un petit compte rendu de cette fête par un journaliste d'occasion de mes amis : « Les invités ont dû traverser les jardins du parc illuminés, entre deux guirlantes de lanternes vénitiennes étroitement pressées. Çà et là, dans les massifs, des touches colorées figuraient les cèdres et les magnolias ; les globes clairs de la lumière électrique rendaient apparent le sable pale des allées. La foule tranquille des villes de saison se pressait sur les bords, sous les bannières, ondulant dans l'air tiède des montagnes. La grande salle, décorée par les ordres de la municipalite, offrait un coup d'œil féerique, avec ses lustres charges de lierre et de verdure, et ses larges baies s'ouvrant en terrasses. Des touffes de petits bambous aux tiges noires encadraient les fenêtres béantes. Fête de nuit, bienvenue, la réception n'avaient ni l'aspect stéréotypé d'un bal officiel, ni le laisser-aller d'un vin d'honneur méridional. Un certain abandon y mêlait le sérieux des hommes adonnés aux études et à l'impression locale artistique. Un chœur de Palois, en costume béarnais, veste rouge, culotte et guêtres blanches, a chanté des airs nationaux où se retrouvait le souvenir de la chanson de langue d'Oc :

Las hautas mountagnas,
Que tant hautas sount
M'empêchent de vér
Mes amours oün sount...

Ensuite *La Lyre* a fait entendre un hymne à la Science, et la danse est venue bientôt égayer la réunion. Quelques jolies femmes, Mme Duplouy, Mme Caubet, des femmes gradées en médecine, decorées même, Mme Gache Sarrante, medecin de l'Opéra, ont ouvert le bal. Reconnu parmi les habits noirs, Dr Bouchard, Schumberger, etc., la presse médicale de Paris. »

Je donne le compte rendu de mon confrère pour le prix qu'il me coûte n'ayant pu arriver assez vite de Bruxelles — à mon grand regret — pour assister à cette reunion si pleine de gaîté.

LE CONGRÈS OUVRIER DE BORDEAUX. — Un Congrès national de la Fédération des chambres syndicales du batiment vient de se tenir à Bordeaux. 127 delégués étaient présents, représentant 50 villes. Le Congrès a émis les vœux suivants : 1° Création d'une Fedération nationale du batiment ; 2° Mise en régie ou en service public de tous travaux faits pour le compte de la commune, du departement ou de l'Etat ; 3° Création d'inspecteurs ouvriers et admission des ouvriers syndiques dans les commissions d'hygiène et de salubrité publiques. (*Moniteur des syndicats ouvriers.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

XXIe Congrès tenu à Pau en 1892.

I. — SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

La section de médecine s'est constituée avec MM. BOUCHARD (de Paris), Pitres (de Bordeaux), Decès (de Reims), Pamard (d'Avignon), comme présidents d'honneur.

M. le Pr DEMONS (de Bordeaux) a la présidence; MM. Meunier, Pomier et Devalz (de Pau), Caubet (de Toulouse), Lahilonne (de Pau), sont élus vice-présidents : MM. Marcel Baudouin (de Paris), Prioleau (de Brives), Aris (de Pau), Azoulay (de Paris), Cazin (de Paris), secrétaires. Les séances ont commencé vendredi matin.

(Séance de vendredi matin, 16 septembre 1892.)

De la balnéation chez les enfants.

M. le Dr ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE (de Bordeaux). — Il y a lieu de distinguer à ce sujet parmi les enfants trois catégories : les enfants d'un jour à trois ans, ceux de trois à sept ans, et ceux de sept à quinze ans. Dans la première catégorie qui comprend les nouveau-nés et les nourrissons, le bain quotidien est inutile et même dangereux ; il est capable de déterminer dans certains cas des troubles du côté de la peau, des voies digestives ou du système nerveux ; la simple ablution est suffisante et en réglant surtout la durée et la température.

Au contraire, dans la première enfance, le bain est un moyen de traitement merveilleux. Il agit sur toute l'économie. Il est applicable à beaucoup de maladies aiguës de l'enfance, même à la broncho-pneumonie. Chez les enfants plus âgés de 7 à 15 ans, le bain offre encore des indications utiles. Mais c'est alors que le bain salé peut fournir de véritables cures de régénération : nos stations thermales peuvent rendre dans ce cas de grands services.

Le Sanatorium thermal de Dax.

M. DELMAS (de Bordeaux). — Le sanatorium de Dax reçoit des enfants lymphatiques et scrofuleux des hospices de Bordeaux et de Paris. Il peut recevoir 160 enfants par an. Le prix de la journée est 2 fr. 50 par jour pour chaque lit. On emploie les eaux et les boues de Dax. Les formes locales graves se trouveront bien des stations minérales ; les sanatoria et hôpitaux marins dans la tuberculose au début.

De la médication saline à Dax.

M. le Dr LARAUZA (Dax). — M. le Dr Larauza a étudié l'efficacité des eaux salées et des eaux-mères de Dax dans le lymphatisme et la tuberculose infantiles. Les eaux-mères conviendraient aux tuberculoses locales, surtout osseuses ; les eaux salées naturelles (Dax) seraient réservées à l'anémie, au lymphatisme, à la scrofulose sans localisation déterminée car elles semblent agir moins nettement que les eaux-mères dans les affections tuberculeuses du système osseux.

M. le Dr LAVERGNE (Salies-de-Béarn) fait observer que les eaux de Salies étant naturelles, leur action n'est pas comparable à celle des eaux de Dax dans lesquelles on fait dissoudre du sel artificiellement. Pour M. ARMAINGAUD (de Bordeaux), les eaux de Dax sont excitantes et toniques, celles de Salies sédatives.

M. Marcellin CAZAUX (des Eaux-Bonnes) pense qu'il ne faut pas oublier l'importance de l'aérothérapie et du séjour dans les montagnes pour le traitement de la tuberculose ganglionnaire. Enfin, il aurait vu dans certains cas céder à l'action des eaux sulfureuses de Barèges des affections où celles de Dax auraient échoué.

Traitement antiseptique de la phtisie pulmonaire.

M. le Dr DELTHIL (de Paris). — Dans le traitement de la phtisie pulmonaire, il est physiologiquement indiqué : 1° De chercher à obtenir l'asepsie directe des localisations pulmonaires au moyen de mélanges gazeux antiseptiques non toxiques. 2° Les huiles essentielles de térébenthine iodoformées et iodolées semblent répondre à ce desideratum. 3° Leur absorption est certaine : on retrouve dans l'urine la présence de l'iode

entraîné avec les huiles essentielles. 4° Le traitement n'est pas exclusif, il permet d'utiliser les moyens alimentaires médicamenteux et hygiéniques préconisés dans cette maladie.

M. le Dr CABADÉ (de Valence d'Agen) ne comprend pas comment des inhalations indiquées par le Dr Delthil peuvent pénétrer les petites masses tuberculeuses qui constituent l'infiltration pulmonaire. — M. DELTHIL réplique qu'il n'a pas entendu parler de l'antisepsie des cavités pathologiques, mais surtout des cavités naturelles. Le bacille doit perdre de sa virulence, il prend une forme ovoïde et tombe même en déliquescence.

Fracture de jambe chez une hystérique. Pseudarthrose. Suture osseuse. Guérison.

M. le Dr A. MOULONGUET (d'Amiens). — La malade, âgée de 24 ans, est forte et grasse. Elle a eu une fracture de la jambe droite et de la clavicule droite. Celle-ci s'est consolidée au bout de 25 jours par application d'une bande de Mayor. Mais la jambe ne se consolide pas malgré l'application d'appareils silicatés. M. Moulonguet voit la malade 14 mois après son accident. La fracture siège au tiers inférieur du tibia, la mobilité est faible, grâce au péroné qui est intact. Il fait la suture osseuse, tombe sur une pseudarthrose, résèque les extrémités des deux fragments dans une longueur de 3 à 4 centimètres par une section horizontale. Il résèque du péroné une longueur égale à la perte de substance faite sur le tibia pour pouvoir affronter les deux fragments. Il réunit les extrémités tibiales puis les péronières avec des fils de catgut et les immobilise dans un appareil plat. Malgré l'immobilisation ainsi pratiquée pendant trois mois, aucun résultat.

Onze mois plus tard, nouvelle intervention ; il tombe sur des fragments de tibia entourés de tissu fibreux. Il ravive les extrémités fragmentaires, les affronte de nouveau et les suture avec deux gros fils d'argent perdus. Le péroné n'était pas non plus consolidé. Au bout de trois mois d'immobilisation par l'appareil plâtré, la consolidation était obtenue.

La malade reprit sa vie ordinaire. L'auteur recherche à quelle cause est due l'absence de consolidation ? La malade n'était ni syphilitique, ni diabétique, ni albuminurique, ni phosphaturique, elle était jeune et son état général excellent. Or, la malade était hystérique, elle eut le soir de la deuxième opération une attaque violente d'hystérie, suivie d'une contracture persistante des muscles fléchisseurs de l'avant-bras gauche ; elle en fut guérie par la suggestion. Elle présentait les stigmates hystériques. Il pense qu'il y a coïncidence entre ces deux faits : hystérie et pseudarthrose. Parmi les troubles profonds et variés de nutrition qu'on observe chez ces malades, on devrait ranger ce qui vient de faire l'objet de cette observation.

M. le Dr CHRISTIAN (Charenton) demande comment il se fait que la clavicule se soit consolidée alors que celle de la jambe ait amené une pseudarthrose. M. Moulonguet répond que les manifestations osseuses de l'hystérie peuvent être locales, tout comme les manifestations nerveuses : anesthésies, paralysies ou contractures.

Séance du 16 septembre (soir).

De l'accouchement provoqué chez les cyphotiques de la [couveuse.

M. le Dr DELTHIL (de Paris). — Quand un premier accouchement a été suivi d'embryotomie, on provoquera l'accouchement avant terme dans le cas de grossesse ultérieure. On suivra la même règle dans les cas de dystocie manifeste chez les primipares. La dilatation faite, il faut appliquer immédiatement le forceps au détroit supérieur. M. le Dr Delthil relève la température de l'enfant à l'aide d'un bain à 39°, d'une durée de 25 à 40 minutes, au bout desquelles des vagissements énergiques montrent que la respiration est bien établie. Il place ensuite l'enfant dans une chambre à 22°, et le couvre d'ouate. L'emploi de la couveuse, selon lui, n'est pas à recommander, c'est un appareil coût.ux, difficile à trouver et à régler. Il lui reproche l'inconvénient qui oblige à retirer l'enfant d'une athmosphère de 34 degrés pour le faire téter ou le laver dans une pièce qui est seulement à 18°.

Eau oxygénée de Neubourg. Leur action sur le traitement du diabète.

M. FERRAY (d'Évreux). — La source jaillit dans le département de l'Eure, sur un plateau élevé. L'eau contient en dissolution une quantité considérable d'oxygène. Des diabétiques ayant fait usage de ces eaux ont vu leur situation s'améliorer. M. Ferray a l'intention d'étudier dans une prochaine communication le mode d'action thérapeutique de ces eaux.

Traitement thermal et climatérique de la phtisie, combiné avec la cautérisation ponctuée ou les injections de liquide organique.

M. le Dr DUHOUREAU (de Cauterets). — Les stations des environs de Pau et en général de tout le Sud-Ouest de la France offrent de grandes ressources pour le traitement des phtisiques : il est en même temps thermal et climatérique. Mais l'auteur a acquis la conviction qu'on doit aider cette cure des autres modes de traitement qui sont en notre pouvoir. Il s'est trouvé bien d'associer à la médication thermale les pointes de feu. Il a soigné de même par les eaux de Cauterets plusieurs phtisiques auxquelles il a fait de plus des injections de liquide testiculaire préparées selon la méthode de Brown-Séquard et D'Arsonval ou bien par des injections d'un liquide testiculaire spécial préparé par le Dr Ferrand de Barcelone et qui est préparé avec des testicules pris à des chiens vivants. Les malades ont accusé une amélioration notable dans leurs forces, leur appétit ; en même temps la toux et les autres signes pulmonaires diminuaient.

Traitement de l'épilepsie essentielle (grand mal) par la ligature des deux artères vertébrales et par la ligature incomplète des deux carotides primitives.

M. le Dr V. CHALOT (de Toulouse). — La ligature de l'artère vertébrale a été faite en 1881 par Alexander (de Liverpool) pour le traitement de l'épilepsie convulsive. L'auteur a repris cette opération dans le but d'anémier le centre nerveux et ainsi abaisser l'hyperexcitabilité pathologique. Il fait la ligature des deux vertébrales en une seule séance. Il prévient ainsi un rétablissement trop rapide et intégral de la circulation qui se ferait très rapidement si on ne liait qu'une artère immédiatement. Il ajoute la ligature des carotides primitives qu'il fait d'une façon incomplète, en réduisant de moitié son calibre. Il décrit ensuite le manuel opératoire avec une précision plus complète qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. En ce qui concerne la ligature de la vertébrale, les points de repère essentiels sont : 1° le relief du scalène antérieur, 2° le tubercule carotidien de Chassaignac, 3° la gouttière vertébrale limitée par le scalène antérieur et le long du cou, 4° la veine satellite qui est toujours placée à la face externe de l'artère vertébrale, 5° souvent l'artère thyroïdienne inférieure qui forme anse à 2 cent. 1/2 au-dessus du tubercule. Il faut une aiguille spéciale, à très petite courbure, pour le chargement de l'artère. L'incision adoptée de préférence se fait entre les deux faisceaux du muscle sterno-mastoïdien et sert ainsi pour la demi-ligature de l'artère carotide correspondante. Six opérations personnelles ont été faites chez des épileptiques âgés de 38 ans, 26 ans, 21 ans, 13 ans, 9 ans, 8 ans. La première a été faite le 5 juillet 1892 à l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Comme résultat à l'heure actuelle, amélioration chez plusieurs pour le nombre, l'intensité et la force des attaques, ainsi que pour le développement de l'intelligence. L'épreuve du temps n'étant pas encore suffisante, M. Chalot ne peut encore donner les résultats complets. Il ne présente ce travail que comme une simple ébauche.

Traitement de la pleurésie séreuse par le siphon.

M. le Dr TACHARD (de Montauban) préconise l'emploi du siphon dans le traitement de la pleurésie séreuse. Il rappelle qu'au mois d'août 1874, il a pratiqué la thoracentèse à l'aide d'un tube d'irrigateur en caoutchouc muni d'une aiguille creuse. (*Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaire*). En 1875, il a défendu, dans un mémoire lu à la Société de médecine de Toulouse, la thèse des ponctions primitives successives et lentement évacuatrices obtenues par l'emploi du siphon

Microbisme préexistant et puerpéralité

M. le Dr PRIOLEAU (de Brives). — Dans certains accouchements, on peut observer une infection puerpérale bien que l'on

ait pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires pendant et après l'accouchement. Elles seraient donc en ce cas inévitables ou tout au moins bien difficiles à éviter. Ces cas s'observent du reste rarement. On les observe quand l'accouchement coïncide avec l'évolution chez la parturiente d'une maladie infectieuse : érysipèle, variole, fièvre typhoïde, etc. Cette condition ne serait pas suffisante, et il semble qu'il faille en outre, pour produire l'infection, l'existence de conditions spéciales difficiles à déterminer. Toutefois, on peut affirmer qu'une maladie infectieuse prédispose à avoir des suites de couches compliquées. Et, en ce cas, le médecin doit se tenir sur ses gardes. La plaie utérine étant soigneusement désinfectée ne peut être ici la porte d'entrée du microbe, à l'opposé des cas ordinaires de puerpéralité Ici, c'est par le sang infecté de la parturiente que les germes arrivent au niveau de la plaie placentaire. Ces germes pullulent et augmentent de virulence dans les conditions favorables créées dans l'utérus par une température constante et un milieu propre; enfin, grâce à la diminution du pouvoir phagocytique, conséquence de la première infection. Les microbes, avec leurs qualités nouvelles (virulence exaltée), pénètrent dans le sang et viennent donner un coup de fouet à la première infection. Comme conséquence pratique, on ne doit pas hésiter, en pareille occurrence, à désinfecter les organes génitaux le plus loin et le plus profondément possible. On diminue ainsi le nombre et la gravité des infections.

Epidémie de variole à Bordeaux.

M. LAUGA (de Bordeaux). — Depuis le commencement de l'année 1891, une épidémie de variole a frappé la ville de Bordeaux. Le service d'hygiène a fourni les renseignements suivants: Ce seraient les Espagnols qui ont porté la maladie dans le quartier où ils séjournent. C'est ce quartier qui a été le point de départ; de là l'épidémie s'est disséminée dans la ville entière.

On a pu limiter la contagion par la pratique de vaccinations et de revaccinations : malheureusement la population indigente a une vive aversion pour cette pratique. On a une proportion de 91 pour 100 de non vaccinés de 0 à 10 ans, de 61 pour 100 de 10 à 20 ans et de 94 de 20 à 50 ans. Il faudrait répandre la pratique de la vaccination par tous les moyens de publicité possible, surtout auprès des hôteliers, aubergistes, débitants de vin. Il faut espérer qu'une loi finira par être votée, qui pourra intervenir utilement.

II. — SECTION DE ZOOLOGIE DE PAU.

La filaire du sang des grenouilles; découverte du mâle.

MM. DE NABIAS et SABRAZÈS ont pensé que l'étude de la filaire du sang de la grenouille pouvait servir à élucider certains points obscurs de l'histoire des filaires parasites des animaux et de l'homme. Il résulte de leur communication que les grenouilles sont très fréquemment atteintes de filarine. On trouve les filaires adultes, qui peuvent être au nombre de 6 à 8 chez le même hôte, dans le tissu conjonctif inter-musculaire et sous-cutané, plus rarement dans les vaisseaux. Leur appareil buccal est armé de quatre saillies chitineuses très acérées. Les mâles, jusqu'à présent inconnus, sont moins nombreux et plus petits que les femelles ; ils ont pour habitat, comme ces dernières, le tissu conjonctif où se fait l'accouplement. Les embryons, qui sont en circulation dans le sang, offrent une structure des plus rudimentaires, comme le montrent les préparations colorées au bleu de méthylène. Ils peuvent vivre dans le sang, en goutte suspendue, pendant 5 à 6 jours, mais ils ne résistent pas à la dessication. Les auteurs pensent que les embryons passent par un hôte intermédiaire qu'il faudra chercher parmi les animaux qui vivent dans les mares aux grenouilles.

Dr F. REGNAULT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Séance du 17 septembre 1892 (matin).

Traitement par les eaux de Cauterets des Tuberculeux à hémoptysies.

M. le Dr Paul AUDOLLENT (Cauterets). — On croit généralement que les *tuberculeux à hémoptysies* ne sont pas passibles des eaux de Cauterets. C'est une erreur. Le Dr Audollent démontre que cette catégorie de malades peut retirer un grand avantage des eaux de Cauterets, si la médication est bien dirigée et bien suivie. Les accidents qui ont pu survenir viennent de ce que l'on a employé des eaux énergiques et excitantes comme la *Raillère*, au lieu de s'en tenir aux eaux sédatives en même temps que toniques, telles que le *Rocher*, le *Pré*; le climat, l'altitude agissent aussi favorablement chez ces malades. C'est une erreur profonde de croire que tout malade venant à Cauterets doit boire de la Raillère. Le Dr Audollent cite encore un cas d'*hémoptysie* qui s'est trouvé à merveille des eaux sédatives de Cauterets.

Nouvelle méthode de raccourcissement des ligaments ronds de l'utérus.

M. le Dr CHALOT. — Cette méthode a le double avantage de guider sûrement l'intervention chirurgicale et rendre certain le but même de l'opération, en même temps qu'elle simplifie la technique la plus usuelle, telle que Alexander l'a établie. Elle se distingue : 1° par l'ouverture de presque tout le canal inguinal, 4 centim. environ ; on trouve ainsi facilement et toujours toute l'épaisseur du ligament rond, aussi bien chez les femmes grasses que chez les femmes maigres ; 2° par la dissection profonde de chaque ligament jusqu'au-delà de l'anneau inguinal interne et souvent même jusque dans la cavité péritonéale ; 3° par la suppression de tout redressement provisoire de l'utérus, fait par un aide pendant l'opération ; 4° par la réduction directe au moyen de la seule traction maximum des deux ligaments ; 5° par la fixation suturale de chaque ligament dans toute l'étendue du canal inguinal ; 6° enfin, par la suppression de tout pessaire après l'opération.

M. CHALOT expose ensuite son manuel opératoire. Il a opéré d'après cette méthode six malades atteintes de rétroflexion douloureuse, réductible ou réduite avant l'opération. Les suites opératoires n'ont rien laissé à désirer. Le redressement de l'utérus se maintient chez une opérée depuis 14 mois, chez une autre depuis 10 mois, chez une troisième depuis 3 mois, une quatrième depuis 2 mois 1/2. Aucune n'a la moindre pointe de hernie. Quant aux deux derniers cas, ils ne peuvent entrer en ligne de compte, car ils sont encore trop récents, ne datant que du 24 août et du 13 septembre 1892.

M. FABRE (de Paris) présente un *appareil à air chaud* créosoté pour inhalation dans les *affections pulmonaires.*

Des mariages consanguins. Les différentes manières d'envisager la consanguinité. En quels cas on doit l'éviter.

M. le Dr Félix REGNAULT. — Les médecins se sont toujours divisés en deux partis, l'un favorable, l'autre opposé aux mariages consanguins. Chacun a apporté des faits conformes à sa théorie, et on a reconnu de la sorte que ces mariages étaient tantôt avantageux, tantôt nuisibles. On admet en général que la consanguinité est un cas de l'hérédité. Si les ascendants sont sains, le produit sera bon, sinon il sera mauvais. Il semble qu'actuellement les données transformistes qui ont cours dans la science doivent modifier cette question. La consanguinité doit être entendue de diverses manières :

1° La plus connue est celle de deux parents proches qui se marient. Dans tous les temps et chez la grande majorité des peuples, il y a eu des lois contre le mariage entre parents.

2° Si dans une commune les habitants se marient toujours entre eux, même en évitant les mariages entre parents, on peut dire encore qu'il y a consanguinité, qu'on appellera topographique. Ce genre de mariages consanguins n'a pas été moins évité que le premier par les peuples. Pour citer quelques exemples parmi de nombreux, les Indiens de l'Amérique du Nord et les Australiens considèrent comme un crime de se marier entre gens habitant le même lieu. Il faut se marier avec gens habitant un lieu différent.

J'ai recherché s'il ne persistait pas quelques traces de cette loi chez les peuples civilisés, et j'ai reconnu que, plus les habitants d'une localité se mariaient entre eux, plus ils évitaient le mariage entre proches; et d'autre part, plus ils allaient chercher une femme au loin, moins ils se souciaient de la consanguinité parentale. J'ai prouvé ce fait pour l'Hindoustan (Voir *bulletin de la Société d'anthropologie*, 1891, p. 505). Les Hindous se marient toujours dans leur caste, ce qui est

de l'endogamie et amène par conséquent la consanguinité. Mais par les relevés des mariages que j'ai pu faire à Chandernagor et Pondichéry et dans plusieurs villages chrétiens, j'ai noté que, presque toujours, le jeune homme prenait épouse hors de son village et quelquefois très loin.

Je présente aujourd'hui la contre-partie de ce travail, à savoir dans quelles proportions en France le villageois se marie dans son village. Pour ce, j'ai compulsé les registres d'état civil de plusieurs communes en des points très différents de la France. Voici les résulats que j'en ai tirés :

A Offranville (près de Dieppe de 1735 à 1750, 75,7 pour 100 de garçons se sont mariés avec des filles habitant la même commune. De 1873 à 1883, elle n'était plus que de 54,6. — A Aix-les-Bains (Savoie), de 1800 à 1802, la proportion était de 71 ; en 1875-1880, elle n'est plus que de 50,7.

A Avignon, selon les recherches de Mme Lajard, on se mariait beaucoup entre gens de la ville. Il y avait 95,7 pour 100 de ces mariages de 1701 à 1706 ; 87,5 en 1721, et 80,7, en 1778 et 1779. Cette proportion a assurément beaucoup diminué, si l'on considère ce qui se passe de nos jours dans les autres grandes villes.

On se marie donc de plus en plus entre gens de communes différentes; la proportion de gens prenant femme dans la même commune, qui était d'environ 2 sur 3 au siècle dernier, n'est plus que de 1 sur 2. Ceci est dû aux grandes facilités de communications actuelles, qui amènent le mélange de la population.

Nous n'avons pu remonter plus loin que le siècle dernier, mais il est évident qu'au temps de la féodalité, où les communications étaient si difficiles, on devait toujours se marier entre gens du même village. Et c'est alors que les lois contre la consanguinité étaient si rigoureuses que les rois même devaient y obéir; elles s'étendaient jusqu'au 7e degré. Au dernier siècle, elles ne prescrivaient plus que jusqu'au 4e degré et il y avait des dispenses. Ce siècle-ci, l'Eglise ne défendit que les mariages entre cousins germains, et encore, cette défense est devenue fictive, puisque des dispenses sont toujours accordées. Si ces lois contre la consanguinité ont persisté rigoureuses pendant un si long laps de temps, c'est qu'elles étaient utiles autrefois, et si elles ont disparu, c'est qu'elles sont devenues inutiles à cause du mélange incessant qui s'opère à notre époque.

Quelques villages ont conservé cette coutume, générale autrefois, de prendre toujours femme de son pays. Indépendamment du Pollet que nous avons cité, Aug. Voisin a donné l'exemple du bourg de Batz (Loire-Inférieure) et Lancry celui de Fort-Mardyck (Nord). Ce sont des vestiges d'un état social ancien. Pour leur donner toute leur valeur, il faudrait voir si la consanguinité parentale, même éloignée, n'y est pas rigoureusement évitée. Cette idée que le mariage entre deux personnes habitant un pays différent atténue la consanguinité parentale n'est pas nouvelle, quoiqu'elle n'ait pas encore été appliquée à l'homme.

Darwin (*Variations under domestication*) rapporte que dans le Paraguay, « les habitants croient à la nécessité de l'introduction occasionnelle d'animaux provenant d'une autre localité, pour empêcher la dégénérescence et une diminution dans la fécondité. » Cornevin (*Traité de zootechnie*) donne l'exemple de la ferme de l'Ecole vétérinaire de Lyon : on procédait par consanguinité et la fécondité y a baissé. Le fermier a reconnu la nécessité d'une deuxième ferme. Elle a été établie à Givors, à vingt kilomètres. Ce sont les mêmes familles. Quand les animaux ne reproduisent pas, on les envoie six mois à Givors, quand ils reviennent, ils couvrent.

Darwin rapproche de ce fait celui des agriculteurs qui ensemencent toujours leurs champs avec des graines provenant d'autres pays ; ils ont reconnu que la récolte était ainsi plus belle. M. Paul Reclus, enfin, nous a cité l'exemple d'Orthez où les protestants se mariaient toujours entre eux. Ils sont petits, chétifs et ont un grand nombre d'épileptiques. A tel point qu'on a dans les maisons une chambre spéciale pour les épileptiques. Or, cette maladie diminue et la population s'améliore depuis que, grâce aux chemins de fer, les protestants vont davantage choisir femme au dehors, bien que ce soit toujours des mariages entre protestants.

Comme conclusion pratique, le médecin questionné par les parents sur l'opportunité d'une union consanguine ne se bornera pas seulement à examiner si les sujets à marier sont sains, vigoureux et sans tare, ce qu'il doit faire toutes les fois qu'on lui demande son avis sur un mariage même non consanguin, mais il doit demander encore si les deux personnes qui doivent se marier ont été élevées dans la même ville et dans le même milieu. En ce dernier cas, il fera bien d'élever quelques restrictions au sujet du mariage.

De la réparation des pertes de substance intra-osseuse par le tamponnement au moyen des corps antiseptiques d'après le procédé de M. le Pr Duplay.

M. Dieuzaide (de Lectours, Gers) a observé un cas dans lequel il a appliqué la méthode de réparation des pertes de substance intra-osseuse à l'aide des corps aseptiques qui a fait l'objet des recherches de MM. Duplay et Cazin. Le malade avait une ostéomyélite consécutive à une fracture par écrasement de l'extrémité supérieure de la jambe ; il pratique l'opération deux mois après l'accident, ouvre largement le foyer, enlève de nombreux fragments et rugine profondément le tissu spongieux de l'extrémité supérieure. A la suite de l'opération, la plaie suppura abondamment pendant quelque temps et la cavité osseuse se comblait lentement. Sur les conseils de M. Duplay, et, suivant sa technique, il introduisit dans la plaie et laissa à demeure un tampon de gaze antiseptique, après une désinfection forte du foyer 7 semaines après l'accident. Il tamponna avec la gaze iodoformée, en ayant soin de déposer des couches de gaze indépendantes les unes des autres, changea tous les jours, puis, les couches profondes de gaze devenant adhérentes, il n'enleva plus que les superficielles. Aujourd'hui, l'ouverture de la cavité osseuse est comblée et le malade commence à marcher avec des béquilles.

Du traitement de la migraine et des céphalées par la douche statique.

M. le Dr Imbert de la Touche (de Lyon). — Voici ses conclusions : 1° L'électricité est efficace dans le traitement de la migraine et des céphalées ; — 2° La méthode est basée sur l'emploi du bain électrostatique et sur l'application de la douche statique sur la tête.

Séance de samedi 17 septembre (soir).

Les progrès de l'Electrothérapie en France.

MM. les Drs Gautier et Larat (de Paris) sont arrivés à utiliser le courant alternatif, soit dans l'eau d'une baignoire émaillée, soit localement, grâce à des transformateurs, qui permettent un dosage simple. C'est dans les maladies par ralentissement de nutrition, qui dérivent toutes, à ce qu'il semble, d'une sorte de déchéance nutritive se traduisant différemment selon les individus, les tempéraments, etc., telles que la goutte, le diabète, l'eczéma, etc., que ces courants alternatifs ont été employés avec résultat.

Chez tous leurs malades, ils se sont contentés d'analyser les *excreta* urinaires, qui traduisent fidèlement les phénomènes de combustion organique dont les tissus vivants sont le siège, et ces analyses leur permettent de conclure : 1° Que le courant alternatif augmente le taux de l'urée, des chlorures et de l'acide phosphorique ; 2° Que ce courant fait disparaître l'excès d'acide urique ; 3° Qu'il diminue sensiblement le sucre chez les diabétiques.

Grâce à ces courants alternatifs, ils ont pu guérir trois cas d'eczéma, améliorer des obèses et des goutteux chroniques. Dans les applications locales, les courants alternatifs se sont montrés efficaces là où les autres formes électriques échouent d'habitude. Ils signalent trois dilatations de l'estomac rapidement améliorées.

Ils rappellent que l'un deux a inauguré depuis deux ans une nouvelle application du courant de la pile à la médecine, appelée *électrolyse interstitielle*. Le courant de la pile, en traversant les tissus vivants, agit de deux façons : physiquement et chimiquement. L'action physique est le résultat de l'électricité dans l'organisme, et l'action chimique est le changement moléculaire apporté par ce passage, qui suscite dans les corps composés des décompositions ou des combinaisons nouvelles. Pour

utiliser ces combinaisons, M. Gautier se sert d'électrodes de cuivre qui donnent naissance, au pôle positif, à de l'oxychlorure de cuivre. Dans les plaies, les kystes, les arthrites, le sycosis, dans un cas de cancroïde, dans les papillômes, etc. En gynécologie, ce corps naissant serait un hémostatique de premier ordre et agirait sur les endométrites et certaines inflammations périutérines avec une grande énergie.

Electrolyse interstitielle : outillage, technique, recherches expérimentales, applications générales.

M. le Dr Gautier (de Paris). — L'action du courant de la pile électrique qui passe dans les tissus vivants est double, c'est-à-dire physique ou chimique. Celle-ci produit sur l'organisme des combinaisons et décompositions multiples. Elle est susceptible d'applications thérapeutiques étendues, grâce à l'emploi d'électrodes de cuivre qui agissent surtout au pôle positif où ils produisent de l'oxychlorure de cuivre. Ces électrodes peuvent servir dans le traitement des plaies, kystes, arthrites, papillomes, métrites. En cette dernière maladie, dans les cas d'hémorrhagie, elles agiraient comme hémostatique puissant. Les électrodes solubles ont enfin sur les électrodes insolubles le grand avantage d'être aseptiques et d'une facile manipulation.

Des névroses vermineuses.

M. Thermes (d'Argelès-Gazost, Hautes-Pyrénées). — Une cause ordinaire des névroses : neurasthénie, hystérie, épilepsie, est l'hérédité directe ou de transformation. Or, les parasites intestinaux peuvent provoquer ces diverses manifestations. Les helminthes déterminent des convulsions, des phénomènes hystériques... et, en général, les symptômes de ces maladies. Mais ils ne sont pas la cause efficiente de ces symptômes, mais seulement la cause occasionnelle déterminante. Les sujets chez lesquels se manifestent ces symptômes sont des prédisposés.

Traitement du coryza atrophique (ozène) par les pulvérisations concentrées de nitrate d'argent et de chlorure de zinc.

M. E.-J. Moure (de Bordeaux). — L'ozène est une affection contre laquelle on a employé de nombreux traitements sans parvenir à une guérison. Les injections, pulvérisations antiseptiques de toutes sortes, ont été successivement mises en usage. De tous les traitements employés, M. Moure considère que les pulvérisations de nitrate d'argent, de 10 à 25 0/0, ou de chlorure de zinc, de 2 à 10 0/0, pulvérisations quotidiennes d'abord et graduées, constituent le meilleur moyen de combattre cette maladie. Quelques malades sont très améliorés après un traitement d'un mois, d'autres ont besoin de trois ou quatre séries de pulvérisations faites à quelques mois d'intervalle. L'examen des oreilles malades montre les cas dans lesquels on peut agir avec sécurité, et ceux, au contraire, dans lesquels le traitement est mal supporté, la réaction inflammatoire étant vive et les épistaxis fréquentes et abondantes. L'inflammation des cellules ethmoïdales ou des autres cavités accessoires empêche, dans quelques cas, le traitement de donner le résultat attendu ; dans ce cas, il faut traiter les différentes complications par des moyens appropriés.

De la méthode bipolaire dans l'électrolyse des angiomes.

M. Bergonié (de Bordeaux). — La méthode bipolaire est la méthode de choix quand on veut détruire par l'électrolyse une partie limitée de tissu vivant. Elle convient aussi à la guérison des angiômes et est, en ce cas, bien préférable à la méthode monopolaire positive. Les avantages de la méthode consistent à la limitation de l'action électrique et, par suite, à la disparition des accidents et phénomènes douloureux produits par les courants dérivés. Enfin, on peut employer de très hautes intensités, et, par suite, guérir rapidement, avec des séances plus courtes et moins nombreuses.

Note sur la Météorologie médicale de Biarritz.

M. le Dr Elledy (de Biarritz) donne les moyennes thermiques de cette station : moyenne de l'hiver, 7°,9 ; moyenne de la journée médicale en hiver, de 10 heures à 4 heures, 10°,4, écart du mois le plus chaud et le plus froid de l'année, 14°. Ces observations montrent que Biarritz possède un excellent climat hivernal, chaud, tonique, sans transitions brusques de température, et peut servir de séjour d'hiver dans la bronchite, la phtisie scrofuleuse, la sclérose pulmonaire, les hépatites des pays chauds, etc....

Du courant continu dans la névralgie sciatique.

M. Nouveu dit qu'il ne faut pas traiter indistinctement toutes les névralgies sciatiques avec un courant continu de même sens. Il faut différencier les sciatiques aiguës douloureuses et les sciatiques anciennes avec gêne et raideur des mouvements. Pour les premières, il faut employer les courants continus descendants, qui calmeront la douleur ; par la suite, on pourra prendre les courants ascendants. Pour les secondes, les courants ascendants seront employés. Mais il faut être sûr d'avoir affaire à une affection bien définie, ayant un diagnostic ferme de névralgie essentielle et non symptomatique.

Vœu : Comme suite à la communication sur l'*épidémie* actuelle de *variole* à Bordeaux, M. le Dr Lauga demande à la section des sciences médicales de vouloir bien émettre le vœu suivant : « La section des sciences médicales considérant que la vaccination et les revaccinations sont nécessaires à la préservation de la variole, que les épidémies ont souvent pour cause l'introduction de la variole par les étrangers, et que la partie de la population française dont les conditions de vie sont les moins conformes aux règles hygiéniques est la plus rebelle à la vaccine, émet le vœu que, par mesure de salubrité publique, la vaccine soit rendue obligatoire. »

M. F. Regnault (de Paris) a eu l'occasion, au moment d'une épidémie de variole, à Marseille, de vacciner et revacciner la population de l'Hôtel-Dieu, dont il était major. Parmi les malades, ceux qui ne présentaient pas de cicatrices de vaccination étaient presque tous des Italiens qui sont extrêmement nombreux à Marseille. Ils s'opposaient avec énergie à la pratique vaccinatoire car c'est une opinion courante à Marseille que celui qui se fait vacciner en temps d'épidémie s'expose à la variole noire. Pour combattre pareille idée, il est important d'avoir de bons instituts vaccinaux qui ne délivrent pas de mauvaise vaccine, sinon le médecin a des insuccès qu'il ne peut souvent constater dans la population ignorante, celle-ci ne revenant pas au dispensaire. C'est ce qui m'est arrivé avec du mauvais vaccin dont je me servis pour cent inoculations. Si ces vaccinés viennent à attraper la variole, il en résulte dans la population que la vaccine n'a aucune efficacité et une répulsion contre cette opération.

M. Tison (Paris) se rallie au vœu. Il désirerait exiger des étrangers venant en France un certificat de vaccine et se faire revacciner après un mois de séjour.

M. F. Regnault. — Ce qu'il faut avant tout voter, c'est la revaccination. Plus tard, on aura à s'occuper du principe de revaccination et des instituts vaccinaux.

Le vœu concernant la vaccination obligatoire est adopté à l'unanimité.

Séance du 18 septembre 1892 (matin).

Ganglion nerveux de formation pathologique dans le névrome plexiforme.

M. le Dr X. Arnozan. — Les cordons nerveux hypertrophiés ou nouvellement formés qui constituent le névrome plexiforme ont été l'objet d'études précises. Les nodosités qui se trouvent à leurs croisements ont été passées sous silence par la plupart des auteurs, simplement mentionnées par d'autres sous le nom de névrome et peut-être même confondues quelquefois avec des ganglions lymphatiques. Dans deux cas de névrome plexiforme, une étude histologique de ces nodosités m'a montré qu'il s'agissait de véritables ganglions nerveux de fonction anormale. Le premier est relatif à une femme de 36 ans, dont les volumineuses tumeurs avaient été assez pesantes pour entraîner la luxation spontanée des vertèbres cervicales supérieures, la compression unilatérale de la moelle et des phénomènes nerveux complexes (hémianesthésie, hyperesthésie croisée, etc.). Le second est celui d'une jeune fille de 15 ans dont la tumeur, implantée à la région occipitale, fut enlevée chirurgicalement. Dans ces deux cas, les tumeurs présentaient à l'examen les caractères classiques des névromes plexiformes. Les nodosités en question avaient la structure suivante : enveloppe fibreuse strumo-fibreuse, cordons ner-

veux traversant les coupes en divers sens, enfin grandes cellules nerveuses encapsulées une à une dans de petites loges conjonctives, revêtues à leur face interne d'une couche endothéliale. L'analogie de ces nodosités avec les ganglions intervertébraux est absolue; les seules différences consistent dans le volume qui est plus grand et dans la présence de vaisseaux à parois embryonnaires. La reproduction presque parfaite d'un organe anormal par un néoplasme ne saurait être poussée plus loin. Ce fait est particulièrement intéressant au point de vue de l'anatomie générale des tumeurs. Au point de vue clinique, la constatation de ces nodosités dures et mobiles sous le doigt, à la base d'implantation d'une tumeur ayant l'aspect du molluscum, peut être d'un grand secours pour le diagnostic.

Les religieuses laïques dans les hôpitaux de Marseille.

M. le Dr Félix Regnault, ancien major à l'Hôtel-Dieu de Marseille. — La question du personnel hospitalier dont on a beaucoup parlé dans ces derniers temps ne s'est agitée qu'à deux points de vue différents, le système religieux et le système laïque. Il existe cependant un terme intermédiaire qu'on peut nommer « religieuse laïque. » Il est connu à Lyon, où on trouve des infirmiers et des infirmières vêtus d'un costume religieux, pieux et dévoués. Leur rétribution est insignifiante, 40 fr. par an. Ils ne forment pas de congrégation, ne prononcent pas de vœux. Sans règle ni supérieur religieux, ils sont placés directement sous l'autorité du médecin et du directeur de l'hôpital.

Le même esprit se retrouve à Lyon encore dans l'association des Dames veuves du Calvaire. Les adhérentes soignent les incurables et consacrent leur existence à cette occupation sans vœu ni ordres d'une supérieure.

Une institution analogue a fonctionné à Marseille dans la première moitié du siècle, fondée par l'abbé Férand, en 1827.

Les adhérentes furent recrutées parmi les filles abandonnées, élevées à l'hospice de la Charité. Elles portaient un costume religieux, ne prononçaient pas de vœux et servaient d'infirmières. Les sœurs qui les dirigeaient ne voyaient en elles que des laïques. Leur salaire était de 4 fr. par mois, en sus de leur nourriture. Sans supérieures également, elles ne reconnaissaient que l'autorité du directeur et des médecins. Leur nombre était de 40 à 50. On n'eut qu'à se louer de leurs services. Cette institution excellente et économique a disparu. Les religieuses et les infirmières laïques leur ont succédé.

Réflexion sur deux cas de myxœdème traités par des injections de suc thyroïdien.

M. le Pr Bouchard (de Paris) a observé deux cas de myxœdème qu'il soumet à un traitement spécial qu'il faut rapprocher des injections de suc testiculaire de Brown-Séquard. Pour la première malade examinée en 1887, M. Bouchard pensa que le non fonctionnement du corps thyroïde amenait les symptômes, et cela soit par suppression des fonctions nerveuses, soit par sécrétion des principes utiles, soit par destruction des substances nuisibles.

Pour rejeter la première hypothèse, il enleva le corps thyroïde de douze chiens et les jeta dans le péritoine d'un seul chien. Ce dernier eut une survie de douze jours sur les autres chiens, qui tous moururent au bout de 4 à 5 jours. Non seulement les corps thyroïdes ne s'étaient pas greffés, mais deux seuls persistaient. La survie ne peut être expliquée que par l'action chimique et non l'action nerveuse de la glande. Il fut ainsi conduit à injecter du suc thyroïde. Les effets furent étonnamment rapides. Les œdèmes ont d'abord disparu avec une très grande rapidité, au point qu'une femme qui travaillait avec son dé, le perdait à chaque instant. Il y eut aussi une amélioration fonctionnelle considérable: la lenteur et la torpeur intellectuelle s'amendèrent très vite. Ces deux femmes avaient avant une sensibilité excessive au froid, au point qu'elles restaient auparavant habillées dans le lit. Cette susceptibilité disparut. Une hypersécrétion urinaire très forte succéda aux injections : et l'examen des urines ne donna pas de résultats concordants. Mais il y eut quelques effets fâcheux : les malades ressentirent des céphalées, des douleurs dans les bras. Ces douleurs disparaissaient quand on suspendait les injections, mais revenaient sitôt qu'on les reprenait. Elles arrivèrent à tel point que les dernières injections devinrent très difficiles.

M. Bouchard ne prétend pas dire que c'est par la spécialisation du suc thyroïdien qu'il a obtenu de pareils résultats ; peut-être en aurait on obtenu d'analogue avec d'autres sucs organiques. Mais il ne s'est cru autorisé à en faire que parce que le suc thyroïdien est le seul qu'on ait essayé avant lui dans le laboratoire.

Contribution à l'étude de l'étiologie des anévrysmes de l'aorte.

M. Gils (de Pau) a observé 4 cas d'anévrysme de l'aorte, 2 à la région thoracique que les malades attribuaient à une chute de cheval et deux de la région ombilicale dont l'origine était rapportée à la fièvre typhoïde. Ces étiologies sont-elles admissibles ? La question a son importance au point de vue médicolégal. Le lieu mathématique des mouvements cardiaques est situé à la jonction des portions horizontale et verticale de la première partie de la crosse, non loin des sigmoïdes : c'est le lieu de l'athérome et aussi des lésions traumatiques. Celles-ci peuvent être rapportées à une modification de la courbure aortique se produisant par la compression thoracique et à l'action des viscères abdominaux sur le diaphragme, l'action se transmet au péricarde. Il suffit, d'après les calculs, d'une vitesse de 18 m. par seconde pour produire la rupture d'une aorte saine. L'inflammation des plexus ganglionnaires qui entourent l'aorte abdominale est possible à la suite des ulcérations des plaques de Peyer par la fièvre typhoïde. On peut admettre que leur inflammation gagne les tuniques artérielles.

Auscultation du cœur chez les enfants.

M. le Dr L. Azoulay (de Paris). — L'endopéricardite est la maladie du cœur la plus fréquente du jeune âge. Le diagnostic simultané des lésions valvulaires et péricardiques offre souvent de telles difficultés à cause de la complexité des bruits, et de la rapidité des battements cardiaques que la plupart du temps on suppose la double lésion simplement parce qu'elle est habituelle. Ces difficultés sont de beaucoup diminuées par la méthode des attitudes. L'attitude relevée (décubitus dorso-horizontal du tronc, relèvement vertical des bras, flexion complète des membres inférieurs) en particulier facilite beaucoup la distinction entre le double ou simple bruit de frottement, et les souffles surtout du premier temps à la pointe, à cause du caractère net de frottement qu'elle donne aux premiers, de leur étendue plus grande et de leur apparition clairement post-systolique et diastolique. En outre, elle permet de faire tout aussi bien des diagnostics rétrospectifs de la péricardite accompagnant la lésion valvulaire que des diagnostics précoces des deux affections. C'est ainsi que M. Jules Simon, qui se sert couramment de cette méthode, a pu faire aisément des diagnostics bien plus précis.

M. Andral trouve que cette méthode n'est pas nouvelle car on sait que la variation d'attitude est couramment employée dans l'examen de la péricardite.

M. Mergier (de Paris) fait l'éloge de la méthode qui lui a réussi. Elle est du reste originale, par le fait de relever les membres et la tête du sujet, position qui était inconnue avant les travaux de M. Azoulay.

M. le Pr Pergonié approuve la justesse de la théorie mécanique (influence de la pesanteur) qui a guidé M. Azoulay dans ses recherches.

M. Azoulay dit que sa méthode est utile non seulement pour le diagnostic mais encore pour le pronostic des maladies du cœur. Quand la position relevée amène absence de ralentissement, augmentation dans le nombre des pulsations et enfin arythmie, on doit craindre une attaque d'asystolie imminente et porter un pronostic grave. Il sera bénin dans le cas contraire.

Les Eaux Chaudes et leurs principales indications thérapeutiques.

M. Cazaux, Marcellin (Eaux-Chaudes). — Les sources des Eaux-Chaudes sont d'autant plus minéralisées qu'elles ont une température plus élevée. Elles sont plus faibles que celles des Eaux-Bonnes, mais ont une constitution identique et une origine commune.

M. Mergier (de Paris), présente un nouvel *optomètre*. Il est d'un maniement facile et permet un diagnostic sur et rapide.

La spécialisation des eaux chaudes.

M. le Dr VERDENAL (de Pau). — Par un emploi judicieusement combiné, on peut obtenir, selon le but à atteindre, une excitation modérée ou une sédation notable. Cette double indication se trouve surtout réalisée dans les affections utérines et chez les hystériques et névropathes.

Du traitement intensif de la phtisie pulmonaire par le carbonate de gaïacol et le carbonate de créosote.

M. Edmond CHAUMIER (de Tours). — Le carbonate de créosote est soluble dans l'alcool et le carbonate de gaïacol solide, ce qui constitue un progrès sur le gaïacol et la créosote, pour lesquels on devait recourir à la voie rectale ou sous-cutanée. Ils ne sont pas dangereux, comme on a pu le voir par essais sur un chien. Il préfère le carbonate de créosote au carbonate de gaïacol.

Les malades ont vu leur état s'améliorer très vite, la toux diminue, en même temps que les signes sthétoscopiques ; l'appétit revient, le poids augmente.

Dr Félix REYNAULT,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE BRUXELLES.

Séance du 15 septembre (matin).

PRÉSIDENT : M. le Dr PÉAN. — *Rapporteur* : M. Paul SEGOND (de Paris).

Discussion générale sur les suppurations pelviennes. — M. Paul SEGOND commence par remercier les organisateurs du Congrès qui lui ont fait l'honneur de le nommer rapporteur, puis il fait son rapport dont les conclusions suivent. (Voir ce travail dans le dernier n° du *Progrès Médical*).

M. PÉAN (de Paris) fait une longue communication dans laquelle il reprend les arguments de M. Segond; ses conclusions sont les suivantes : I. — Les suppurations pelviennes étudiées dans cette communication sont celles qui ont pour point de départ l'appareil génital interne de la femme.

II. — On peut les diviser en suppurations types (il n'existe pas d'autres lésions pelviennes que la suppuration), suppurations mixtes (accompagnées d'une affection quelconque des organes voisins : sténose vaginale ou utérine, tumeur utérine) ; suppurations compliquées (avec ouverture du foyer dans une cavité splanchnique).

III. —Les plus difficiles à traiter sont celles qui durent depuis longtemps et qui ont provoqué des désordres graves du coté de l'utérus et de ses annexes.

IV. — La discussion principale relative au meilleur mode de traitement porte aujourd'hui sur la question suivante : Vaut-il mieux enlever les annexes seules par la voie abdominale, en laissant l'utérus en place, ou enlever l'utérus et les annexes par la voie vaginale?

V. — L'extirpation de l'utérus et des annexes par voie vaginale (méthode de Péan) est préférable à l'extirpation isolée des annexes par voie abdominale pour les raisons suivantes : 1° elle est d'une exécution aussi facile dans les cas simples, beaucoup plus facile dans les cas graves ou compliqués. — 2° Elle est plus fidèle dans ses résultats, permet beaucoup mieux d'évacuer complètement les foyers purulents, de les laver et de les drainer; elle expose beaucoup moins à la continuation et aux récidives des processus. — 3° Elle donne une voie beaucoup plus favorable à l'écoulement du pus et des liquides morbides. — 4° Elle n'expose pas à la suppression d'une fonction qu'il serait possible de conserver : car par des incisions exploratrices convenablement faites dans les culs-de-sac vaginaux, on peut se rendre compte de l'unilatéralité ou de la bilatéralité des lésions et régler son intervention en conséquence. — 5° La mortalité est presque nulle et les résultats éloignés sont plus favorables qu'avec l'extirpation par voie abdominale. — 6° Elle supprime les dangers d'éventrations avec lesquels il faut compter à la suite des laparotomies.

VI. — Dans les suppurations pelviennes mixtes et compliquées, l'extirpation par la voie vaginale est la seule méthode qui convienne ; la technique opératoire comporte des modifications légères et d'après la nature des affections concomitantes et des complications.

M. WILLEMS (de Gand). — La périnéotomie, loin de mériter la condamnation de M. Segond, peut rendre dans beaucoup de cas des services signalés. C'est surtout dans la technique opératoire que réside toute l'efficacité de la méthode. On fait une incision en trapèze ou en demi-cercle entre le vagin et le rectum ; on dédouble le septum vagino-rectal jusqu'au cul-de-sac de Douglas qui est ouvert largement. On a ainsi un lambeau postérieur comprenant le rectum et un large débridement péritonéal qui, dans les cas invétérés avec suppuration abondante, permet d'ouvrir toutes les poches purulentes. Cette façon de faire permet de conserver l'utérus.

L'hystérectomie, de l'avis même de M. Segond, est difficile quand on ne l'a pas pratiquée souvent. Il en est de même pour la périnéotomie, mais avec l'expérience, les difficultés s'aplanissent.

L'orateur n'a pratiqué cette opération que sur le cadavre, mais on peut juger des résultats qu'elle peut donner par les méthodes analogues employées pour l'ablation du rectum ou de l'utérus cancéreux. Il fait une réserve pour le cas où la collection purulente siège en avant de la matrice, cette forme est passible de l'hystérectomie. En résumé : Toutes les fois qu'on jugera la laparotomie inefficace, à moins qu'il existe une poche purulente au-devant de l'utérus, on s'adressera à la périnéotomie. On ouvrira la première poche, le palper bi-manuel se trouvera dès lors des plus faciles et permettra de constater les autres collections s'il en existe. Ces dernières seront incisées facilement. Cependant, si on ne pouvait y parvenir, on terminerait par l'hystérectomie en se servant de la plaie périnéale.

L'hystérectomie ne doit être pratiquée que lorsque la périnéotomie ne peut être faite; car il faut mettre tous ses soins à conserver l'utérus et à ne pas priver la malade de son sexe.

M. WILLIAM TRAVERS (de Londres). — La laparotomie répond à tous les cas; c'est une opération qui demande un déploiement de force et d'adresse bien moins considérable que l'hystérectomie. Les organes peuvent être mieux explorés dans le bassin qu'au fond du vagin, le drainage de la cavité péritonéale est plus facile. L'hystérectomie ne détrônera pas la laparotomie, du moins en Angleterre.

M. JACOBS (de Bruxelles) divise, malgré l'opinion de M. Segond, les suppurations pelviennes en deux groupes bien distincts : 1° Les suppurations intra-péritonéales, qui comportent une indication radicale ; 2° Les suppurations extra-péritonéales qui comportent des indications variées.

La présence du pus demande une évacuation rapide. Quelle voie doit-on prendre? Cela dépend des cas. Pendant longtemps, on a eu recours pour le traitement de la salpingite à la seule laparotomie. L'hystérectomie vaginale est préférable quand la bilatéralité des lésions est diagnostiquable, ce qui est facile ordinairement. C'est d'ailleurs une opération beaucoup moins grave et moins difficile à pratiquer. C'est surtout dans la pyo-salpingite bilatérale avec extension à l'ovaire et au paramétrium que la castration utérine est indiquée. Dans ces cas en effet, la laparotomie laisse souvent un reliquat inflammatoire autour du pédicule et dans le trajet utérin de la trompe, source possible de péritonite. Il ne faut pas non plus oublier l'endométrite concomitante, point de départ de douleurs constantes pour la malade. En somme, il préfère l'hystérectomie qui ne lui donne que 3,2 0/0 de mortalité, alors que la laparotomie lui avait donné 3,7 0/0 de mort.

On a dit que l'hystérectomie était difficile, mais dans les cas graves, la laparotomie l'est encore bien plus et c'est justement dans ces formes de suppuration multiples et étendues que la castration utérine donne ses plus beaux résultats.

Les résultats que semblent donner le curettage et le drainage sont souvent illusoires et dangereux. Quant à la méthode de ponction de Laroyenne, elle donne le plus souvent lieu à l'établissement de fistules intarissables.

En résumé, dans les pyo-salpingites, pyovarites, avec adhérences et lésions étendues, hystérectomie; dans les kystes suppurés ou toute affection analogue, laparotomie.

Statistique de l'auteur :

Sur 159 cas de laparotomie, la mortalité a été de 3,700; sur 61 hystérectomies, mortalité de 3,2 0/0. C'est-à-dire 2 morts, l'une causée par une attaque d'apoplexie, l'autre par des complications intestinales au 3e jour.

MM. SNEGUIREFF et GOUBAROFF (de Moscou). — Les notions sur l'anatomie du tissu cellulaire du bassin manquent de précision. Ce tissu présente une disposition particulière ; il forme des cloisons que les auteurs appellent mésentères cellulaires. Une de ces cloisons, formée de tissu cellulaire très dense, est le mésentère cellulaire du ligament rond. Il a une grande importance pour l'anatomiste et le chirurgien, car il divise toutes les inflammations du bassin en deux groupes; les antéro-latérales (qui ne communiquent pas avec la cavité de Bezius) et les postero-latérales. Ces dernières sont de beaucoup les plus fréquentes.

La présence de cette cloison est démontrée par les recherches anatomiques de M. Goubaroff. L'injection de gélatine colorée permet de constater l'existence de 2 loges séparées par le mésentère

cellulaire résistant. Les observations cliniques du Pr Sneguireff viennent à l'appui de cette opinion.

Ces auteurs ont, à la suite, élaboré des procédés opératoires simples et précis, permettant de découvrir le pus dans toute l'étendue du tissu cellulaire du bassin, malgré son abondance, par la méthode extra-péritonéale (laparotomie extra-péritonéale ou para-péritonéale).

Ce résultat est confirmé par 46 cas opérés par le Pr Sneguireff. Ils concluent que toute inflammation et toute suppuration disséminée ayant pour siège ce tissu cellulaire et ne cédant à aucun moyen thérapeutique doivent être traitées par incisions.

M. Deghilaye (de Mons). — Rappelant les phrases du rapport de M. Segond, où il est dit que le curettage, la dilatation large et le drainage de l'utérus sont au point de vue préventif des armes puissantes, M. Deghilaye part de là pour faire le procès en règle du curettage. C'est une opération des plus graves, dit-il, et, loin d'avoir un effet curatif, il faut lui attribuer le plus grand nombre des suppurations pelviennes. Il provoque la phlogose de l'utérus et des annexes, source de purulence et d'hémorrhagies graves.

Les professeurs Crocq et Thyry ont justement rejeté cette dangereuse opération pour lui préférer une thérapeutique médicale plus efficace. Une réaction s'est d'ailleurs produite contre la curettomanie qu'il appelle une honte pour la médecine.

M. Richelot (de Paris). — L'orateur ne veut pas revenir sur les détails de la discussion déjà exposés par MM. Segond et Péan; il se contentera de donner les résultats de sa pratique personnelle pour en tirer des conclusions. Depuis 2 ans, il a fait 144 hystérectomies pour affections non cancéreuses; il y a eu 9 morts, c'est-à-dire 6 0/0 de mortalité. Sur ces 144 cas, il y avait 120 affections des annexes, et parmi ceux-là 39 suppurations graves. Dans deux cas, la mort était inévitable.

Il a employé la méthode de Péan, en plaçant des pinces à demeure et a obtenu ainsi une hématose parfaite, car jamais une pince n'a laché. Sur les 39 cas de suppurations graves, il y a eu 12 ablations bilatérales des annexes, 5 ablations unilatérales; pour les autres, il s'est contenté de l'ablation simple de l'utérus. L'hystérectomie vaginale ne laisse pas après elle de fistules intarissables, comme la méthode de Laroyenne qui a cependant ses indications. Elle ne paraît plus difficile que la laparotomie que parce qu'elle est moins connue. Elle donne de merveilleux résultats dans les cas d'adhérences et de suppurations pelviennes étendues. Souvent, dans ces cas, la laparotomie est incomplète, elle donne des accidents immédiats ou de la péritonite. Cette dernière opération est indiquée pour les pyosalpingites énucléables.

L'auteur a 15 observations d'hystérectomie secondaire après laparotomie, l'utérus restant douloureux et saignant. Toutes ces femmes ont guéri complètement. Une des conditions les plus favorables de l'hystérectomie, c'est qu'elle ouvre une large voie au pus par le vagin. C'est donc la méthode de choix dans les cas indiqués plus haut.

M. Sanger (de Leipsig). — La matrice n'est pas indispensable, mais on doit chercher à la conserver. L'ablation de l'utérus ne suffit pas; il faut ouvrir ensuite chaque poche séparément et malgré tout il y a des suppurations qui ne pourront être taries, la laparotomie donne plus de jour pour l'examen des organes malades.

En résumé, l'hystérectomie a deux indications :

1° Les fistules multiples et chroniques du cul-de sac vaginal.

2° Les abcès libres disséminés, pyosalpinx, pyo-ovarites, les opérations par la voie sacrée et extra-péritonéale et en particulier la périnéotomie latérale ont aussi leur indication.

En somme, l'hystérectomie peut être acceptée comme légitime, mais elle ne possède qu'un rang exceptionnel.

M. le Dr Moore Madden (de Dublin) établit une division dans les suppurations pelviennes : suppurations intra-péritonéales et sub-péritonéales. Le traitement de ces suppurations varie avec leur origine et leur siège; en tous cas, il n'est guère partisan de l'hystérectomie vaginale. Il préfère la laparotomie qui permet de voir ce que l'on fait et de drainer très facilement la cavité pelvienne.

M. Goullioud (de Lyon) vient défendre l'opération de son maître Laroyenne, qui est bonne dans nombre de cas, et qui est surtout conservatrice. Il fait un large débridement par le cul-de-sac postérieur des collections qui viennent y faire saillie. Il faut aussi aller sur les côtés de l'utérus chercher les pyosalpinx. On peut ainsi ouvrir les poches multiples, les poches superposées, les pelvipéritonites et les collections tubaires. On peut inciser 4, 5 abcès, 7 dans le cas de M. Fauchier. Cette méthode ressemble à celles de Gunerow et de Landau et amène le plus souvent une guérison parfaite, témoins 48 cas dont quatre furent suivis de grossesse.

Léopold et Lundau ont insisté sur les troubles nerveux, vertigineux et nauséeux consécutifs à l'hystérectomie. Il faut aussi compter avec les troubles intestinaux et la paralysie intestinale post-opératoire.

L'instrument employé est un trocart à courbure pelvienne, qui permet de ponctionner le cul-de-sac très en arrière et de suivre cependant l'axe du bassin. La canule cannelée permet de conduire le métrotome qui débridera toutes les poches. Pour assurer l'hémostase, on place dans la profondeur une éponge qui se trouve étranglée au niveau de la boutonnière vaginale.

En résumé, la méthode de Laroyenne, applicable dans les cas d'infections graves, dans les collections simples (avec ou sans fièvre) ou multiples, donne des résultats parfaits et permet de conserver aux femmes l'espérance de la maternité.

M. Pichevin (de Paris). — Les indications de l'*hystérectomie* vaginale, opération capable de rendre d'indiscutables services, ont subi une extension beaucoup trop grande. M. Segond déclare qu'il faut faire l'hystérectomie toutes les fois que la bilatéralité et l'incurabilité médicales des lésions péri-utérines sont constatées. Cette formule est simple, mais elle n'est pas facilement applicable.

Dans quatre cas, M. Pichevin avait diagnostiqué l'existence de lésions bilatérales. La tumeur ovaro-salpingitique était volumineuse d'un côté; du côté opposé, on sentait des lésions peu marquées à la vérité, mais bien réelles. La laparotomie fut faite dans ces quatre cas et M. Pichevin put constater que d'un côté l'ovaire était simplement entouré de fausses membranes. Les annexes de ce côté furent conservées. Une cinquième observation a trait à une femme qui présentait une tumeur kystique à droite, et à gauche une masse dure. On pouvait penser à une salpingite kystique et à une salpingo-ovarite à forme seléreuse du côté opposé. M. Pichevin porta le diagnostic de kyste du ligament large droit, et de tumeur ovarienne gauche. Il fit l'incision abdominale, enleva une vieille salpingo-ovarite, et put énucléer un kyste du ligament large, sans toucher ni à la trompe ni à l'ovaire de ce côté.

Toutes ces femmes peuvent avoir des enfants : ce qui a une certaine importance.

M. Pichevin n'est pas partisan de l'ablation systématique des annexes des deux côtés. Il pense que l'on doit laisser la trompe et l'ovaire d'un côté, quand on reconnaît que ces organes sont sains.

Les partisans de la castration utérine disent que l'on peut s'arrêter à temps, au cours de l'hystérectomie, quand on reconnaît une erreur de diagnostic. Ils donnent le conseil de pratiquer tout d'abord l'incision du cul-de-sac postérieur et d'explorer le petit bassin par la boutonnière vaginale. M. Pichevin pense que, dans un bon nombre de cas, l'exploration digitale est illusoire ou insuffisante. On sent vaguement des lésions dont on ne peut préciser ni la nature, ni le siège, ni les rapports. Dès que l'opérateur a senti quelque chose de gros, d'anormal des deux côtés, il est autorisé à enlever l'utérus. M. Pichevin pense que si l'on avait tenté d'opérer par la voie vaginale les cinq femmes qu'il a laparotomisées, on se serait décidé à l'ablation de l'utérus. En effet, les lésions étaient bilatérales.

Mais ce qui était incurable, ce n'était ni l'ovaire, ni la trompe d'un côté, c'était la lésion péri-annexielle.

M. Pichevin fait remarquer que l'ablation de l'utérus ne peut amener la guérison d'abcès haut situés, sans communication avec la cavité créée par l'hystérectomie vaginale.

Ceux qui ont une grande expérience de l'hystérectomie, nous diront s'ils ont observé l'ouverture de la vessie, de l'intestin, de l'uretère.

M. Pichevin rapporte un cas qui aurait pu se terminer par l'ouverture du rectum, si on avait pratiqué l'hystérectomie vaginale. Une adhérence intime était établie tout près de la corne utérine, au niveau du point où une pince aurait pu être posée.

Le danger principal de l'opération est l'hémorrhagie. Le chirurgien est à la discrétion d'une pince qui peut lâcher prise. M. Pichevin rapporte un cas d'hémorrhagie mortelle.

Enfin, les malades traitées par l'hystérectomie ne guérissent pas toutes complètement. Elles éprouvent parfois des douleurs pelviennes persistantes. Dans certains cas, il reste une fistule vaginale intarissable. Ces motifs engagent à ne pas appliquer l'hystérectomie vaginale à toutes les ovario-salpingites réputées incurables par les moyens médicaux.

M. Pichevin ajoute que l'hystérectomie vaginale a des suites immédiates relativement simples et bénignes, alors qu'il s'agit de cas compliqués à larges suppurations. Il faut attendre avant de se prononcer sur la mortalité opératoire de la castration utérine.

En somme, comme je l'écrivais l'an dernier, je crois que l'hystérectomie vaginale convient aux cas de suppurations larges, diffuses, éparpillées dans des loges multiples qui entourent l'utérus et qui sont difficilement énucléables. La même opération est applicable aux femmes ayant des fistules faisant communiquer une poche suppurée du bassin soit avec l'intestin, soit avec la vessie ou encore le vagin. Enfin, la castration utérine est une dernière ressource que l'on doit tenter quand l'extirpation des annexes par la voie abdominale n'a pas donné un résultat satisfaisant.

Mais les salpingites catharrhales, parenchymateuses, les hémato-salpingites, les grossesses extra-utérines, les grandes poches salpingineuses suppurées, etc., guérissent très bien quand elles sont traitées convenablement par la voie abdominale. Il n'y a donc pas lieu de reléguer la laparotomie au rang des opérations démodées et inapplicables aux affections oophoro-salpingitiques.

M. le Dr Delagénière (du Mans). — Chez 18 malades qui ont été laparotomisées, la présence du pus a été constatée. Elles rentraient donc dans la catégorie des malades pour lesquelles M. Segond conseille l'hystérectomie plutôt que la laparotomie. Or, une seule de ces malades a succombé, ce qui porte la mortalité dans la laparotomie à 5.55 0/0, tandis que la mortalité atteinte par M. Segond est de 8.69 0/0.

Pour ce qui concerne les résultats définitifs, rien ne peut encore être affirmé, mais sur les 17 malades qui ont survécu à la laparotomie, M. Delagénière signale seulement un cas de fistule abdominale chez une malade drainée persistant quatre mois et demi après l'opération, et un cas d'induration du ligament large, trois mois après l'intervention. Chez 15 malades, la guérison paraît acquise malgré la gravité de la plupart de ces cas.

Enfin la question de l'incision abdominale a une médiocre importance, si elle expose rarement à une éventration l'hystérectomie vaginale expose plus souvent à l'ouverture de la vessie.

M. Delagénière tire donc ces conclusions :

1° La laparotomie dans les cas de suppurations pelviennes est moins grave que l'hystérectomie. — 2° Les résultats définitifs sont équivalents, sinon supérieurs dans la laparotomie. — 3° L'inconvénient de la cicatrice abdominale est plus que largement compensé par l'éventualité de l'ouverture de la vessie dans l'hystérectomie.

Au point de vue des indications opératoires, M. Delagénière divise ses observations en trois groupes :

1° Le pus est collecté dans les trompes ou ovaires. L'opération est simple (10 observations).

2° Le pus, indépendamment des lésions des annexes, est collecté en foyers plus ou moins considérables dans le péritoine pelvien (pelvi-péritonite). L'opération devient complexe. Il faut non seulement enlever les annexes malades, mais évacuer et drainer les foyers de pelvi-péritonite (6 observations avec 6 guérisons).

3° Un ou plusieurs foyers purulents communiquent avec la cavité d'un organe quelconque. Il y a fistule interne. L'opération devient très complexe et la laparotomie seule peut permettre de remédier aux lésions (2 cas, 2 guérisons). Toutes ces raisons font que l'auteur considère l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes comme une opération de très rare exception, qui ne lui parait indiquée quo dans le cas où une laparotomie préalable aurait échoué.

M. Vuillet (de Genève) ne fait plus depuis deux ans ni hystérectomie, ni laparotomie pour suppurations pelviennes, il emploie une méthode imitée de celle de Landau, non cité par M. Segond, et a eu de très bons résultats. L'opération consiste à bien fixer la tumeur et à ponctionner avec un trocart fin sur la cannelure duquel on peut conduire une petite lame triangulaire. La ponction peut être faite jusqu'à 3 fois, suivant les cas. Si les poches se reproduisent, on fait une injection de 5 à 10 grammes d'une solution de sublimé. M. Vuillet insiste sur la perte de virulence du pus dans les vieilles collections purulentes. Il ne croit pas à l'évacuation des trompes par la dilatation et le tamponnement utérin et conclut en disant que l'évacuation simple est le traitement de choix des suppurations pelviennes.

M. Walton (de Bruxelles). — Il est illogique d'attaquer d'emblée les annexes, il faut avant tout s'adresser à la cause qui, dans l'immense majorité des cas, est l'endométrite. Dans un cas, à la suite d'une salpingectomie double, la femme continuait à souffrir, on ne s'était pas occupé de la métrite qui était l'origine des douleurs. Dans d'autres cas, des hémorrhagies persistent. Il pense que ces raisons seules ont fait abandonner la laparotomie par Péan.

L'hystérectomie encourt le grave reproche de laisser souvent les annexes malades. Avant de mutiler une femme, il faut employer tous les moyens qui ne conduisent pas à une telle extrémité. Il est souvent difficile de diagnostiquer la présence du pus, car il a vu des femmes ayant tous les symptômes de la suppuration, fièvre, teint cachectique, etc., qui ont été guéries par le traitement intra-utérin. Il emploie comme procédé opératoire la dilatation, suivie de curettage et drainage. Pour lui, la gynécologie conservatrice est la gynécologie de l'avenir et répond à trois indications : 1° Combattre l'inflammation de l'utérus; 2° Rendre perméable l'orifice des trompes ; 3° Détruire par stérilisation de l'endomètre les microbes pathogènes.

M. Doyen (de Reims). — Sur 305 opérations pour lésions de l'utérus et des annexes, le Dr Doyen compte 175 laparotomies et 122 opérations vaginales et 8 laparotomies sous-péritonéales. Parmi ces opérations, 141 ont pour objet les annexes.

Les huit laparotomies sous-péritonéales ont laissé les malades dans l'état stationnaire dans deux cas de fistules recto-tubaires; trois fois des malades ont été guéries rapidement de salpingites puerpérales et d'un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire ou du ligament large. Trois fois d'énormes plastrons indurés et infiltrés de liquides louches plongeant jusqu'au cul-de-sac du vagin ont guéri rapidement par l'incision et le tamponnement antiseptique.

Cinquante-six laparotomies ont donné six morts opératoires, dont deux dues à de mauvais catgut.

77 hystérectomies vaginales : 4 morts dont une de choc et trois de causes diverses. Un de ces cas était une salpingite purulente du volume d'un litre et causée par le pneumocoque. Il est évident pour nous que les deux laparotomies sous-péritonéales avec résultat nul et quatre de nos malades mortes à la suites de laparotomie auraient eu chance de guérir par l'hystérie vaginale.

D'autre part, dix malades opérées antérieurement par la laparotomie ont dû subir l'hystérectomie vaginale comme opération complémentaire, tandis qu'une seule malade opérée par la voie vaginale a subi ultérieurement la laparotomie pour des adhérences pelviennes douloureuses qui n'avaient pu être détruites par le vagin.

En présence de ces résultats et si nous considérons que sur cent hystérectomies pour divers cas, nos 82 dernières opérées, dont 78 depuis janvier 1891, n'ont donné quo trois cas de mort, nous nous montrons naturellement partisan de l'hystéric vaginale.

La méthode du Dr Laroyenne est aveugle et surannée et appartient plutôt à la période préantiseptique de la chirurgie. L'incision simple des foyers est excellente, mais il est bien mieux de la pratiquer avec un large écarteur et un bon bistouri. L'opération de Kraske doit être rejetée également, comme causant trop de délabrement.

Il nous reste donc : premièrement la laparotomie sous-péritonéale qui est sans danger et offre, dans certains cas de saillies latérales des tumeurs inflammatoires, des indications très nettes, secondement la laparotomie, et troisièmement l'hystérectomie vaginale.

Nous avons vu que le Dr Bouilly, notre cher maître, qui est resté longtemps un des plus chauds partisans de la laparotomie, préconise depuis quelques mois l'hystérectomie vaginale dans la plupart des cas. Nous la considérons comme nécessaire toutes les fois qu'il est évident que la lésion est bilatérale et

qu'on enlèverait par laparotomie les annexes des deux côtés.

Notre manuel opératoire diffère de celui de Péan et nous tenons à dire ici que, dès 1887, nous avons préconisé l'incision longitudinale de la paroi intérieure de l'utérus pour l'ablation vaginale de cet organe, que c'est en mai 1897 que nous avons enlevé pour la première fois, par l'hystérectomie vaginale totale, un fibrome de 1.800 grammes enclavé et un autre de 1.500 gr. à la suite duquel a été extrait par le vagin un kyste de l'ovaire plus gros qu'une tête de fœtus.

C'est le 3 décembre 1887 que nous avons pratiqué pour la première fois et de propos délibéré l'hystérectomie vaginale pour une lésion suppurative bilatérale des annexes, la malade avait 40 degrés, l'utérus et les annexes ont été enlevés en totalité et elle a été guérie sans le moindre accident.

Nous terminerons en rappelant que le curettage, les cautérisations de l'utérus et l'introduction de crayons plus ou moins irritants dans sa cavité ne sont pas inoffensifs. On connait certains cas de mort et il n'en manque pas qui n'ont pas été publiés. D'ailleurs, la mort survient souvent chez ces malades par suite d'une simple expectation malencontreuse.

Si tout chirurgien consciencieux emploie tous les traitements palliatifs chez une jeune femme qui n'est pas encore mère que pour enlever les annexes dans le cas où les lésions sont bilatérales et incurables par tout autre procédé, on ne refusera tout au moins pas le droit à une femme de trente-cinq ans, mère de nombreux enfants, de se soumettre rapidement à l'intervention radicale et de préférer de se conserver à ses enfants et guérir en quinze jours, plutôt quo de fréquenter pendant des années trois fois par semaine des cabinets de médecins ou de sages-femmes.

Bien mieux, nous pouvons ajouter que si nous constatons les régistres d'entrées de certains services où l'on pratique couramment le curettage, ces services sont les pourvoyeurs des chirurgiens et qu'un bon nombre de femmes que l'on a curettées même sans grande nécessité et qui auraient parfaitement guéri par le simple repos au lit viennent peu après réclamer au chirurgien une guérison radicale.

M. Paul SEGOND (de Paris) regrette que M. Doyen ait attendu jusqu'à 1892 pour revendiquer sa priorité dans l'hystérectomie vaginale pour lésions des annexes. Il estime que le nom de Péan qui l'a érigée en méthode et en a décrit le manuel doit lui être conservé. Le procédé de morcellement de fibrome décrit par M. Doyen comme un procédé nouveau, n'est, dans la régularité géométrique des fragments réséqués, que *l'évidement central conoïde dans hémostase préalable*, pratiqué par Péan depuis de longues années. La durée du morcellement vaginal, que l'hystérectomie soit *concomitante*, *préalable* ou *complémentaire*, est une opération à laquelle on doit *certainement* assigner plus de 20 minutes comme d'une moyenne. M. Segond présente un écarteur à angle mobile destiné à protéger la vessie pendant le morcellement ; le manche de cet instrument, grace à une vis de rappel, est toujours vertical, quelle que soit l'obliquité de la branche insinuée entre la tumeur et la vessie. Il présente en outre une pince dont un seul mors est muni de dents ; l'autre, en forme de spatule, s'insinue entre l'écarteur et la coque utérine. Cette pince ne doit pas être une pince de traction : son but est de permettre, grace à un léger abaissement de la portion dans laquelle elle est placée, la pose d'une forte pince ordinaire.

M. ROUFFART (de Bruxelles). — Au début, on doit employer comme MM. Vuillet et Laroyenne le curettage préalable et l'incision, mais lorsque le pus a envahi tout le petit bassin, l'hystérectomie est de rigueur. Les résultats obtenus dans 21 hystérectomies (une mort chez une malade amenée *in extremis*) montre que la méthode de Péan est sûre et sans gravité. Les accidents qui peuvent survenir ne sont pas irrémédiables ; dans un cas, une fistule intestinale fut guérie spontanément en quinze jours, dans un autre cas, l'uretère fut blessé, on fit la néphrotomie et la guérison fut obtenue. Il est plus facile de voir au fond du vagin qu'au fond du bassin dans la laparotomie. Il possède 3 observations de laparotomie qui ont dû être suivies d'hystérectomie.

M. DURET (de Lille). — Le point difficile est de savoir si les annexes des deux côtés sont prises. Il rapporte l'observation d'une femme ayant un état général grave et tous les signes d'une pelvipéritonite intense, il fit la laparotomie, trouva d'un côté un kyste de l'ovaire avec des annexes suppurées, tandis que de l'autre côté la trompe et l'ovaire étaient sains, il put conserver l'utérus. La laparotomie seule peut conserver les fonctions, il faut la faire quand on n'est pas sûr que les deux côtés soient pris. Dans les salpingo-ovarites qui conduisent à la pelvi-péritonite de Bermetz, il faut faire l'hystérectomie totale qui n'est pas plus difficile que la laparotomie.

M. TOURNAY (de Bruxelles) a pratiqué l'opération de Péan avec succès, mais il est des cas où la laparotomie a ses indications. Ce sont les cas où les annexes d'un côté sont seules malades et ceux dans lesquels l'hystérectomie ne peut atteindre les collections placées trop haut. Il apporte plusieurs observations à l'appui de cette manière de voir.

M. LAUWERS (de Courtrai) donne des faits, les uns en faveur, les autres contre la laparotomie. Dans deux, il a eu affaire à des salpingites tuberculeuses qui ont été suivies après hystérectomie de la généralisation tuberculeuse. Cependant, dans un grand nombre de cas, l'hystérectomie est favorable, car, supprimer l'utérus, c'est supprimer la route de l'infection et guérir la malade.

M. FÉLIX (de Bruxelles). — Un grand nombre de guérisons, de suppurations pelviennes, étaient obtenues autrefois sans opération. Le chirurgien doit avant tout rester médecin, il ne doit pas transformer la salle d'opération en salle de vivisection. On arrive à de meilleurs résultats par le traitement antiphlogistique, des saignées locales, les eaux minérales et l'électricité. Le curettage même est dangereux. Il termine en demandant un nouveau Congrès, à l'effet d'établir les indications des opérations radicales.

M. LE BEC (de Paris). — Dans cette discussion, on a trop passé sous silence les travaux de nos devanciers. En 1837, Récamier prescrivait l'ouverture large des abcès pelviens par le cul-de-sac vaginal, mais il ignorait l'antisepsie, ses malades moururent et sa méthode fut abandonnée. Laroyenne, en 1886, reprit et perfectionna cette méthode, mais il ne s'attaquait qu'aux parties péri-utérines. Or, c'est la gloire de Péan d'avoir montré quo l'ablation de l'utérus permet de guérir des suppurations qui avaient résisté à tout. Toutefois, sa méthode repose sur ce principe que l'hystérectomie doit être le premier moyen d'attaquer le mal. C'est là un principe trop absolu, car il suppose que le diagnostic de la présence du pus est certaine, ce qui est loin d'avoir lieu toujours. Nous sommes partisan de l'hystérectomie, mais avec éclectisme.

Si les tumeurs purulentes sont élevées, nous pensons que la laparotomie est une sûre méthode permettant de lutter contre les adhérences dangereuses du bassin et de l'intestin. Si les tumeurs sont basses et facilement accessibles par le toucher, nous choisissons la voie vaginale et encore différentes manières sont à notre disposition. Les masses très dures et anciennes peuvent être attaquées par le massage. J'ai guéri une dame malade depuis 17 ans, dont l'utérus était absolument enclavé après 34 séances de massage. L'électrolyse est aussi un excellent moyen, je l'ai vu très bien réussir et je citerai une femme qui avait une tumeur du volume d'une mandarine. Elle a guér en quelques séances et a eu 2 enfants depuis. Mais il faut avouer que ces moyens ne sont pas infaillibles. Si les malades souffrent et ont de la fièvre, il faut cesser et faire l'hystérectomie.

Si les tumeurs sont fluctuantes, nous les attaquerons d'abord par l'incision et le drainage. Avec de l'habitude, on peut ainsi inciser des poches très élevées et multiples. Si le résultat est nul, on fera l'hystérectomie vaginale. L'opération ainsi conduite est en quelque sorte faite en deux temps, la seconde étant subordonnée au résultat de la première.

M. HEYWOOD SMITH (de Londres). — Je me range en principe aux observations faites par mon compatriote, M. le Dr Mor Madden, quand il dit qu'une distinction doit être faite entre les suppurations dans la cavité du péritoine, comme les abcès des ovaires et de l'oviducte et l'hématocèle suppurée intrapéritonéale et la suppuration subpéritonéale. Dans cette dernière, il était souvent suffisant de ponctionner et de drainer si elle ne se vidait pas autrement ; mais, pour les premières, il était nécessaire de les inciser et de les vider, de suturer leurs parois aux parois abdominales ou bien de les enlever complètement. Et pour cela, il n'y a pas de meilleur procédé que l'incision abdominale. J'espère que le Congrès fera quel-

que chose pour substituer au mot laparotomie le mot cœliotomie qui signifie incision sur la ligne médiane du ventre, tandis que laparotomie veut dire incision dans le flanc.

Pour ce qui concerne l'opération de Péan, je la considère comme inférieure à la laparotomie. Pour M. Segond, ou il laisse les annexes ou il les enlève; s'il les laisse, nous ignorons les effets que l'ablation de l'utérus exerce sur les ovaires et s'il les enlève, la cavité péritonéale a été ouverte, au risque de la malade, avec plus de difficultés que s'il avait fait la cœliotomie. De plus, avec la laparotomie, nous pouvons voir clairement ce que nous faisons Je pense que mes concitoyens ne seront pas facilement persuadés que l'opération de Péan est supérieure à la cœliotomie quand on a affaire à des suppurations intrapéritonéales.

M. Baelen (de Paris) fait la description d'une opération appelée élytrotomie interligamentaire et qui est indiquée dans les cas d'abcès pelviens, d'adhérences de l'utérus et des annexes. Elle n'expose la femme à aucun danger. Elle consiste à inciser le cul-de-sac postérieur à un centimètre au-dessous de l'insertion vaginale sur le col de l'utérus. Cette incision est longitudinale et s'étend à environ cinq à six centimètres.

M. Mangiagolli (de Milan) a fait des expériences sur 98 chiens et lapins et a reconnu que l'infection se fait par les voies sanguines et lymphatiques avec prédominance pour ces dernières, comme l'a indiqué M. Lucas-Championnière. Il trouve là un argument en faveur de l'hystérectomie. Cette opération a ses indications tout comme la salpingectomie.

M. Chéron (de Paris). — A côté des chirurgiens, il y a place pour les gynécologistes médico-chirurgicaux. Ces derniers emploient le curettage, le drainage, le massage de l'utérus, l'électricité et l'ignipuncture, et guérissent beaucoup de malades par ces moyens simples. Les cas de suppurations pelviennes lui semblent plus rares qu'on ne le dit. L'hystérectomie est une très bonne opération dans les cas graves, mais elle ne doit venir qu'à son heure.

M. Segond (de Paris) résume le débat. La plupart des communications sont en faveur de l'hystérectomie, il s'en dégage une gloire immense pour cette opération. Quant aux revendications de la médecine conservatrice, il ne peut mieux faire que de renvoyer aux phrases de son rapport où il est dit que dans le traitement des suppurations pelviennes les opérations graves comme l'hystérectomie seront toujours scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice.

Dr Basset.

Séance du samedi 17 septembre (matin).
Président : M. Macun.

Rapport sur le « Placenta prævia ». — M. le Dr Berry Hart (d'Edimbourg), *rapporteur.*

Définition du placenta prævia rendue possible par nos connaissances de la nature du segment inférieur et la façon dont il se comporte pendant le travail. Le placenta est dit prævia quand il s'insère en partie sur le segment inférieur de la matrice. Nos connaissances sur l'anatomie du segment inférieur sont encore incomplètes, ainsi que nous le démontre le fait de ne pouvoir définir anatomiquement le segment inférieur aussi clairement qu'il est indiqué pendant le travail sous l'influence de l'action utérine.

Fonctionnellement, nous pouvons en outre définir le Placenta prævia comme l'insertion du placenta sur cette partie même de l'utérus qui subit une expansion pendant le travail, conduisant ainsi à la séparation de la portion *præviale* (prævial portion).

Aperçu des idées d'Hofmeier concernant la fonction de la caduque réfléchie dans le Placenta prævia. Modification apportée par Kaltenbach dans la définition. Discussion sur la nature de la caduque réfléchie et action des villosités sur celles-ci.

Mécanisme de cette séparation et ses conséquences : — *a)* Examen de l'aire du segment inférieur à la fin de la grossesse. — *b)* Changements apportés par le travail dans l'aire du segment inférieur. — *c)* Anatomie de la couche spongieuse au point de séparation, spécialement considérée au point de vue de l'hémorrhagie. — *d)* Mécanisme exact de la séparation de la portion præviale, cause de l'hémorrhagie et mécanisme de son arrêt.

Traitement. — Quoique le traitement doive forcément varier dans ses détails en pareille circonstance, il devrait être soumis aux conditions suivantes :

I. — Observer les règles de l'antisepsie et éviter toutes les chances d'infection. Ces précautions excluront un traitement prolongé.

II. — Pleine reconnaissance de la plus grande valeur de la vie de la mère.

III. — Connaissance du mécanisme naturel de l'accouchement en pareil cas. Ce mécanisme peut être établi brièvement comme suit :

« Dans un accouchement normal, les membranes le séparent du segment inférieur de l'utérus pendant le premier temps du travail. En cas de Placenta prævia, la différence consiste en la séparation d'une partie du placenta du segment inférieur forcément très vasculaire. » Il en résulte une hémorrhagie à laquelle nous devons obvier. Nous y arrivons le mieux par la version bi-polaire. L'accouchement s'effectue alors comme dans une présentation des pieds. Discussion d'autres méthodes et leurs statistiques.

M. le Pr Robert Barnes (de Londres) expose rapidement sa théorie du placenta prævia. L'utérus peut être divisé en 3 zones : 1° La supérieure ou zone du fond ; 2° L'équatoriale ; 3° L'inférieure ou segment inférieur, séparée de la précédente par la ligne de démarcation, qu'il appelle cercle polaire inférieur et qui porte encore les noms d'os interne de Braune, anneau de Bandl et anneau constricteur de Schneder.

Le danger commence quand le placenta s'insère sur cette dernière partie, le segment inférieur. Le placenta prævia est central lorsqu'il recouvre l'orifice interne. C'est alors une véritable grossesse ectopique.

Bandl a exagéré les différences entre la zone équatoriale et le segment inférieur. 1° L'hémorrhagie vient des vaisseaux internes. 2° Ces vaisseaux sont déchirés par la séparation du placenta d'avec l'utérus.

Les causes de l'hémorrhagie peuvent être une contraction utérine, ce qui est rare, et la congestion utérine au moment de l'époque menstruelle habituelle. La persistance de l'hémorrhagie est due à ce qu'il n'y a pas de contraction et à ce que la rétraction normale est empêchée ordinairement par des adhérences.

Le placenta prævia subit fréquemment des altérations, des dégénérescences graisseuses qui favorisent son décollement prématuré. Une autre cause fréquente est l'élargissement trop rapide du placenta pour la surface qui le supporte, il se passe un phénomène analogue à la rupture de l'œuf dans la grossesse tubaire.

M. Robert Barnes résume ainsi la physiologie et la thérapeutique du placenta prævia : 1° L'hémorrhagie vient des artères de l'utérus. 2° Dans le cours de l'accouchement il y a une époque où l'hémorrhagie cesse. 3° Cet arrêt est dû à la contraction de l'utérus ou à la thrombose des vaisseaux utérins. 4° La limite de l'insertion correspond à l'équateur de la tête de l'enfant. C'est à ce niveau que se trouve la ligne de démarcation. Il est impossible d'indiquer mieux la situation, qui varie suivant les cas. 5° Le détachement du placenta cesse à ce niveau et il reste assez de placenta adhérent pour conserver la vie de l'enfant. 6° L'adhérence du placenta au segment inférieur rend le travail irrégulier. 7° Les contusions de cette partie et du col favorisent la septicémie.

Conduite à tenir dans le placenta prævia. — 1° Lorsque l'hémorrhagie a lieu avant le travail ou au commencement, alors que la dilatation est nulle ou peu considérable, il ne faut pas chercher à extraire l'enfant. On doit rompre les membranes. 2° Le détachement complet du placenta n'est pas nécessaire, et on ne peut pas s'y fier pour arrêter l'hémorrhagie. 3° Dans des présentations vicieuses de l'épaule, version bipolaire. 4° Dans quelques cas il suffit de reveiller la contraction utérine par la rupture des membranes ou la galvanisation. 5° Avec une dilatation de 4 centimètres, l'hémorrhagie ayant cessé, laisser le travail s'accomplir spontanément. 6° Quand, dans certains cas graves, l'accouchement forcé est impraticable ou dangereux, détacher avec l'index la partie præviale du placenta, dont les adhérences empêchent les contractions normales du segment inférieur. 7° Lorsque les contractions s'arrêtent il faut dilater suffisamment l'orifice avec le dilatateur hydrostatique de l'auteur, puis faire une application de forceps, une version, une embryotomie.

Il n'est pas partisan de la méthode de Braxton Hicks et rejette également l'accouchement forcé. Rappelant la pratique de Smellie cité par Muller, il ajoute qu'il n'y a pas une méthode, mais des

opérations multiples auxquelles on doit faire appel successivement, selon les progrès du travail, et les conditions spéciales du cas présent, en se souvenant que sa devise est « plus fait douceur que violence. »

De l'emploi du ballon de Champetier de Ribes dans les cas d'hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta — M. GELLÉ (de Provins). — Préconisé déjà par M. Champetier au moment de la présentation de cet appareil, l'emploi du ballon a été mis en pratique par M. Varnier et par moi dans deux cas d'hémorrhagies graves. Quand la rupture large des membranes ne suffit pas pour arrêter l'écoulement du sang, soit que la partie fœtale ne s'accommode pas, soit qu'elle ne puisse être abaissée, l'introduction dans l'œuf du ballon qu'on y distend arrête l'hémorrhagie, provoque des contractions régulières, amène la dilatation complète et permet de terminer rapidement l'extraction de l'enfant et du placenta, si l'expulsion spontanée ne suit pas celle du ballon. Une fois même, M. Varnier a pu glisser le ballon entre l'œuf et la paroi interne, obtenir la dilatation et ne rompre les membranes qu'au dernier moment, puis terminer rapidement l'accouchement.

M. VERRIER (de Paris). — Lorsque le col n'est pas suffisamment dilaté, il faut préférer la version qui, appliquant une partie fœtale sur le segment inférieur, arrête l'hémorrhagie par la compression qu'elle exerce.

Démonstrations d'instruments. — M. le Dr BOSSI (de Gênes) présente un dilatateur obstétrical à 3 branches; M. Tournay (de Bruxelles) un nouveau porte-jambe; M. Legay (de Lille) un stérilisateur de lait; M. Cordes (de Genève) une nouvelle sonde aseptique à irrigations continues; M. Gottschalk (de Berlin) une nouvelle préparation d'ergotine.

Séance du 17 septembre (soir).

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'éclampsie. Propriétés toxiques du sérum des éclamptiques. — M. le Pr TARNIER et M. le Dr CHAMBRELENT. — L'éclampsie puerpérale est généralement considérée aujourd'hui comme résultant d'une auto-intoxication. Les travaux récents, particulièrement ceux de Bouchard, en France, ont en effet montré que, dans cette affection, l'urine, souvent éliminée en fort petite quantité, est cependant privée en grande partie de ses propriétés toxiques.

Il était intéressant de contrôler expérimentalement le bien fondé de cette théorie, et de rechercher directement dans les liquides de l'organisme des femmes éclamptiques, l'accumulation des matières toxiques. Tel a été le point de départ d'une série d'expériences que nous avons entreprises cette année à la Clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Paris.

Partant des faits bien établis par Rummo, qui fixe à 10 c.c. la quantité de sérum humain pris à l'état physiologique, nécessaire pour tuer 1 kilogr. de lapin, nous avons cherché la quantité de sérum nécessaire pour amener le même résultat, lorsque ce sérum provenait d'une femme éclamptique. Nos expériences ont porté sur six cas bien observés d'éclampsie puerpérale et ont donné lieu à une vingtaine d'expériences.

Dans toutes nos expériences, la toxicité du sérum sanguin s'est montrée bien supérieure à ce qu'elle est à l'état physiologique. De 3 à 6 c. c. ont toujours suffi pour amener la mort de lapins de 1 kilogr.

Dans quelques cas, nous avons pu déterminer en même temps la toxicité urinaire des éclamptiques qui nous avaient fourni le sérum, et nous avons trouvé que cette toxicité variait en raison inverse dans l'urine et dans le sérum. Le degré de toxicité du sérum des éclamptiques nous a paru, de plus, d'autant plus considérable que le pronostic paraissait plus grave. De sorte que nos expériences, en même temps qu'elles confirment la théorie de l'auto-intoxication éclamptique, peuvent fournir un moyen de constater le degré de cette auto-intoxication, et peuvent ainsi servir à éclairer le pronostic de l'éclampsie puerpérale, qu'il est quelquefois si difficile d'établir.

Fibromyomes utérins sous-séreux dans un cas d'aplasie génitale avec prolapsus total externe de l'utérus et des organes voisins, chez une multipare. M. le Dr REIFFER (de Bruxelles). — Il m'a paru intéressant, au point de vue de la pathogénie des fibromes et de celle du prolapsus utérin, de rapporter le cas sus-mentionné. Il est rare, en effet, de voir se développer des fibromes sur des utérus aplasiques, surtout lorsque les ovaires eux-mêmes sont peu ou point développés. La laparotomie a montré un utérus long de 4 centimètres, contenant 7 fibromes pédiculés et en outre 2 ovaires atrophiques. L'énucléation des fibromes et l'hystéropexie sans colporrhaphie préalable, ont complètement rétabli la malade qui était âgée de 65 ans.

Traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystérectomie abdominale par la ligature élastique perdue. — M. le Dr DELETREZ. — J'ai eu l'occasion, durant ces deux dernières années, de pratiquer 24 hystérectomies abdominales pour fibro-myomes utérins : dans vingt cas, j'ai dû pratiquer l'amputation supravaginale de l'utérus, ayant affaire à des fibromes interstitiels dont l'énucléation n'était pas possible. Dix-huit fois, j'ai employé la méthode intra-péritonéale avec ligature élastique abandonnée dans le péritoine; ces dix-huit opérations ont été toutes suivies de succès ; les suites ont été aussi bénignes et la durée du traitement aussi courte que dans une simple ovariotomie. Outre mes 18 observations personnelles, j'ai pu établir une statistique de cent soixante-cinq hystérectomies abdominales avec pédicule intra-péritonéal muni de la ligature élastique, pratiquées par Treub, Terrillon, Richelot et Debaisieux, donnant une mortalité de 11 0/0.

Ce nombre d'observations me paraît suffisant pour attirer votre attention sur une méthode opératoire encore peu généralisée et qui présente de très grands avantages.

Mon procédé opératoire est celui de Treub quelque peu modifié : une fois la cavité péritonéale ouverte, j'attire la tumeur hors de l'abdomen en plongeant la main dans le petit bassin et en faisant faire à la tumeur un mouvement de bascule; par cette manœuvre, j'ai réussi à faire saillir par la plaie abdominale des tumeurs d'un volume considérable ; j'ai abandonné complètement l'emploi des pinces extractives, qui donnent souvent lieu à des hémorrhagies incommodes.

Si les ligaments larges sont trop tendus pour permettre de les comprendre sans danger de glissement dans la ligature élastique, je les sectionne entre deux ligatures; dans le cas contraire, j'étreins la tumeur (l'utérus) au point où je compte former mon pédicule, dans une pince-clamp construite sur mes indications ; je jette au-dessous de cette pince un cordon élastique plein soumis à l'autoclave à une température de 120°,7, puis plongé dans la solution phéniquée au 20e pendant deux jours ; je fais autour de la tumeur un premier tour terminé par le nœud chirurgical; attirant alors vers moi les deux chefs du cordon, je les réunis près du sillon qu'il a formé, par une ligature avec de la soie tressée; l'extrémité des deux chefs confiée à un aide, j'entoure comme d'une collerette le pédicule ainsi formé avec des compresses aseptiques, de façon à empêcher toute introduction de sang dans la cavité abdominale et, au moyen d'un couteau à amputation, je coupe la tumeur en rasant le bord de ma pince-clamp ; j'enlève cette dernière et avec des ciseaux je réduis le pédicule à son minimum ; je cautérise ensuite toute la surface du moignon avec le thermo-cautère ; je plonge dans le canal de section la pointe rougie à blanc du thermo-cautère ; le cordon élastique et les fils de soie sont coupés court et le moignon est abandonné dans l'abdomen.

Quant au cordon élastique, à l'instar des corps étrangers aseptiques, il s'enkyste dans la plupart des cas ; exceptionnellement, il est éliminé après un temps variable, soit par le vagin, soit par le museau de tanche, sans produire d'inconvénients sérieux; sur dix-huit cas, j'ai observé trois fois l'élimination de la ligature, Richelot l'a observée quatre fois sur le même nombre d'observations.

Une précaution opératoire qu'il ne faut jamais négliger avant d'abandonner le moignon utérin dans le petit bassin : il faut avoir soin d'en retirer les anses intestinales qui auraient pu s'y loger et éviter ainsi une compression possible de l'intestin entre les surfaces du bassin et le pédicule. Nous possédons donc, sans les cas isolés qu'il est difficile de rechercher, 183 hystérectomies abdominales pratiquées d'après cette méthode par Treub, Richelot, Debaisieux et moi ; nous avons 22 décès dont la cause, dans la plupart des cas, ne peut être

imputée au procédé opératoire ; la mortalité est donc de 11 0/0; à ce point de vue déjà, cette méthode peut soutenir avantageusement un parallèle avec les résultats obtenus par le traitement extra-péritonéal. Elle possède en outre d'autres avantages parmi lesquels celui de diminuer la durée du traitement consécutif, d'éviter plus sûrement l'éventration et une cicatrisation souvent difforme et parfois très douloureuse. Les conclusions sont :

1° — La méthode intrapéritonéale dans le traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale pour fibromyomes doit être considérée comme la méthode de choix.

2° — Parmi les procédés opératoires employés jusqu'à maintenant dans le traitement intrapéritonéal du pédicule, le plus sûr, le plus simple et le plus rapide consiste dans l'application définitive du lien élastique.

M. le Dr Chéron (de Paris) fait l'historique du *drainage de la cavité utérine*, employé pour la première fois par Schwartz ; cet auteur introduisait un paquet de fils de verre ; le Dr Chéron lui a substitué le drainage aux crins de Florence. Cette méthode possède plusieurs effets : 1° une action de contact ; 2° le drainage de la cavité ; 3° la dilatation permanente. Il est efficace non seulement dans les endométrites mais encore dans la dysménorrhée, et peut produire la résolution des cellulites pelviennes et des pelvipéritonites.

M. Verchère (de Paris). — Je profite de l'occasion qui m'est offerte par la communication de M. Chéron défendant le drainage permanent et prolongé de l'utérus pour vous présenter un drain particulier dont je me sers et qui peut rendre de plus grands services. C'est une application du procédé préconisé par mon ami le Dr Malécot pour obtenir le maintien automatique des sondes dans la vessie. Ce drain, de la longueur de la cavité utérine, présente, vers son tiers supérieur, un renflement dû à la saillie de la paroi du tube dont la partie centrale a été raccourcie par un artifice de fabrication qu'ont imaginé MM. Eymard et Richefeu auxquels le Dr Malécot a confié son idée. Il suffit, avec un hystéromètre formant mandrin, de tendre le drain pour voir s'effacer la saillie, le drain devenir cylindrique. Lorsque l'hystéromètre est enlevé, la saillie d'arrêt reparait après son introduction, vient s'arrêter au-dessus de l'isthme cervical utérin et le drain se trouve fixé. Pour l'enlever, il suffit d'exercer une simple traction qui efface facilement la saillie et permet son extraction. J'ai fait d'autres applications pour le drainage des hématocèles, des abcès ouverts par le vagin et j'ai pu ainsi facilement maintenir un drainage prolongé parfois difficile à obtenir avec les drains ordinaires.

M. le Dr G. Apostoli (de Paris). — Le courant alternatif sinusoïdal que M. d'Arsonval a introduit dans l'électrothérapie est utilisable en gynécologie, et voici les résultats généraux et sommaires de cette nouvelle acquisition : 1° Le courant alternatif *sinusoïdal* appliqué dans la cavité intra-utérine, et dans les conditions opératoires où le Dr Apostoli s'est placé est toujours inoffensif et bien supporté. 2° Son application n'est suivie d'aucune réaction douloureuse ou fébrile, et s'accompagne le plus souvent au contraire d'une sédation manifeste. 3° Il ne paraît pas avoir d'action marquée sur le symptôme *hémorrhagie* et aurait plutôt une tendance à provoquer quelquefois sa continuité. 4° Il exerce une action très nette sur le symptôme *douleur*; cette action s'affirme dès les premières séances, et le plus souvent, immédiatement dès la fin de la séance. 5° Il combat très avantageusement, mais non constamment toutefois, la *leucorrhée* qui, le plus souvent, diminue ou disparait. 6° Il n'a pas d'action appréciable sur l'*hydrorrhée* liée à certains fibrômes. 7° Son influence sur la régression anatomique des fibrômes n'est pas encore nettement établie. 8° Il active et favorise la résolution des *exsudats péri-utérins*.

Traitement chirurgical des cancers utérins inopérables. — M. le Dr Houzel (de Boulogne-sur-Mer). — Quand les cancers utérins, ayant envahi le voisinage, ne sont plus opérables par l'hystérectomie vaginale totale, il faut les traiter par les opérations palliatives qui donnent des survies de plus d'une année en supprimant les complications : hémorrhagies blanches ou rouges, septicémie, douleurs, etc. Ces complications emportent les malades avant qu'elles n'aient eu le temps de succomber à la cachexie cancéreuse. Pour ces opérations, il faut, outre l'antisepsie, employer le bistouri, les ciseaux, les curettes, mais jamais les caustiques ni les écraseurs. Le fer rouge, utile comme complément, est mauvais comme moyen d'exérèse. Autant que possible, il faut suturer les plaies qui donnent alors des réunions par prime, à la condition que les tissus ne soient que simplement infiltrés. Si on est forcé de s'arrêter dans des tissus dégénérés, ou si les plaies sont trop anfractueuses, un pansement à plat est le meilleur. Pratiquées largement, hardiment, dans ces conditions, les opérations palliatives soulagent et prolongent les cancers utérins, à quelque période qu'ils soient arrivés.

M. le Dr Heinricius (d'Helsingfors) donne les résultats qu'il a obtenus au moyen du *basiotribe Tarnier*, et fait remarquer que souvent, la prise n'est pas régulière.

M. le Dr Bar (de Paris) rappelle que M. Bonnaire et lui ont montré la façon de saisir la tête pour obtenir une prise régulière ; il suffit pour cela d'appliquer les cuillers de l'instrument suivant un diamètre oblique sur la tête du fœtus.

M. le Debaisieux (de Louvain) rapporte l'observation d'un kyste de l'ovaire compliquant une grossesse à terme et mettant obstacle à l'accouchement. Il fit l'opération de Porro avec ovariotomie. Il se produit une hématocèle, mais la malade guérit.

Deux cas de chirurgie obstétricale. Opération de Porro et ovariotomie chez une femme enceinte. — M. le Dr Henri Delagénière (du Mans). — La première de ces observations peut se résumer ainsi : Cas de dystocie chez une femme de 38 ans par fibrome de la face postérieure du corps, ou même du col de l'utérus, opération de Porro, pendant laquelle on doit lutter contre une hémorrhagie intra-utérine considérable. Guérison, enfant vivant. De ce fait, l'auteur tire les conclusions suivantes relatives aux indications de l'opération de Porro : Les cas de dystocie graves peuvent se diviser en *transitoires* et *permanents* : les premiers sont du ressort de la chirurgie conservatrice (opération césarienne, symphyséotomie, etc.), les seconds nécessitent une intervention plus radicale rendant impossible toute nouvelle grossesse. Dans ces cas, le chirurgien n'a de choix qu'entre l'opération césarienne, suivie de la double castration, et l'opération de Porro. Les indications de cette dernière peuvent se résumer ainsi. 1° Obstacle permanent siégeant dans la matrice, de telle sorte que l'obstacle disparaît avec l'utérus. 2° Impossibilité ou difficulté trop grande de faire la castration après l'opération césarienne. 3° Hémorrhagie considérable dans la cavité utérine après l'extraction du fœtus et du placenta. 4° Inertie de la matrice. Dans la deuxième observation, il s'agit d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit chez une femme enceinte de trois mois.

Le développement de l'utérus amène une torsion du pédicule avec symptômes généraux graves. L'ovariotomie est faite d'urgence, la malade guérit et accouche normalement à terme six mois plus tard.

Ce cas, rapproché d'autres semblables, démontre que le chirurgien peut être appelé à ouvrir le ventre non seulement dans des cas de grossesse probable, mais encore dans des cas de grossesse avérée. Dans quelles circonstances ? L'auteur distingue deux indications différentes : 1° A l'état de grossesse s'ajoute des symptômes graves de péritonite, d'étranglement interne, etc. Alors il n'y a pas d'hésitation possible, l'opération s'impose. 2° Il n'y a pas de symptômes alarmants, on découvre un beau jour une tumeur abdominale chez une femme enceinte, ou bien on soupçonne une grossesse quand il y a indication précise à la laparotomie. Dans ces différentes conditions, on doit encore intervenir car : *a)* La grossesse n'est pas compromise par l'opération, tandis qu'elle l'est par la coexistence de la tumeur. — *b)* L'abstention fera courir à la malade des risques d'accidents péritonéaux, d'avortement qui sont autant de complications graves surajoutées à l'opération dont les indications subsisteront quand même.

Contribution à l'étude de la physiologie de la menstruation. — M. le Dr Keiffer (de Marseille). — Les plus récentes recherches sur le mécanisme de la menstruation ont fait admettre assez généralement que la muqueuse utérine est le point de départ de l'écoulement menstruel.

Les deux observations de lésion ovarienne *unilatérale* présentées par l'auteur semblent donner à l'ovaire un rôle d'une importance considérable dans le mécanisme de cette fonction.

Il s'agit, d'une part, d'un ovaire scléro-kystique avec sus-

pension complète de la menstruation pendant six mois. Un mois après l'ovariotomie, le molimen menstruel se rétablit et se maintient régulièrement.

D'autre part, il s'agit d'une malade régulièrement menstruée mais qui, lors de deux époques consécutives, ressent une vive douleur dans l'abdomen, distension brusque de l'abdomen et les symptômes subjectifs d'une hémorrhagie interne. Pas le moindre écoulement sanguin à l'extérieur. La laparotomie et l'ovariotomie ont prouvé qu'une hémorrhagie interne s'était produite dans un kyste ovarien au moment même de la menstruation. Ce phénomène s'est présenté deux fois de suite. Depuis l'opération, la fonction menstruelle s'est rétablie. Il est éminemment probable que l'hémorrhagie intra-kystique est consécutive à la torsion du pédicule, mais il est intéressant de noter qu'elle s'est produite au moment de la menstruation et aux dépens du flux menstruel, la malade n'ayant pas perdu une goutte de sang au cours de ces deux périodes. Notre première observation semble prouver que l'ovaire peut, lorsqu'il est atteint par un processus pathologique tel que la sclérose, empêcher la fonction physiologique de la menstruation, qu'il peut, en résumé, jouer un rôle d'arrêt dans cette fonction.

En effet, dans ce cas, l'ovaire malade enlevé, les règles réapparaissaient immédiatement.

La seconde observation peut expliquer l'aménorrhée qui se présente fréquemment dans les altérations kystiques de l'ovaire, et nous montre que celui-ci peut être le siège d'une congestion, d'un tension sanguine si intense qu'elle absorbe à son profit tout le molimen menstruel.

La physiologie de la menstruation est si peu connue qu'on ne peut négliger aucun fait pour l'éclairer.

Le rapport de ces deux observations d'altération unilatérale de l'ovaire se trouve donc justifié.

M. le Dr Westermack. — Depuis cinq ans j'ai pratiqué une nouvelle méthode d'opération contre la *chute de la matrice*. Les résultats obtenus sont excellents. Je fais d'abord, selon la méthode de Martin, une excision du col, dès qu'un allongement de l'utérus existe. Je commence par la lèvre antérieure; l'hémorrhagie est arrêtée par une ou deux sutures et la muqueuse du vagin et de l'utérus sont réunies également par des sutures. La lèvre postérieure est traitée de la même façon. Les bouts des fils sont laissés assez longs pour pouvoir fixer l'utérus pendant la suite de l'opération; puis je fais, selon Simon, une kolporrhaphie antérieure. Pour cela, je décolle un morceau elliptique de la paroi antérieure du vagin, allant de la lèvre antérieure de la portion vaginale de l'utérus jusqu'à un centimètre de l'ouverture uréthrale. Les bords de la plaie seront réunis avec les sutures profondes et superficielles.

Cette partie de l'opération se fait à cause de la cystocèle. Partant de la partie antérieure de l'incision existante dans la voûte latérale, je pratique une incision directement vers le côté gauche en la terminant à peu près à trois centimètres de l'introïtus vaginal. Puis je fais une seconde incision, parallèle à la première, à une distance de deux centimètres de la première. Les deux incisions se réunissent en bas dans un angle aigu; la partie de la paroi vaginale entre les incisions sera tout enlevée, de manière à découvrir les tissus conjonctifs paravaginaux et paracervicaux. Les vaisseaux sont pris dans des pinces hémostatiques.

Ensuite, j'applique une série de points de sutures profondes allant d'un côté à l'autre de la plaie. Ces sutures, je ne les noue pas encore. Au moyen des fils du cervix qui ne sont pas encore coupés, le prolapsus est conduit vers le côté gauche et je pratique la même opération du côté droit. Ce n'est qu'après avoir replacé l'utérus que les sutures des deux côtés sont nouées. Si le périnée est rupturé, chose qui arrive généralement, l'opération sera finie par une périnéorrhaphie selon Tait.

La partie nouvelle de ma méthode consiste actuellement dans les kolporrhaphies latérales. Je fais ces incisions pour obtenir une rétractation assez forte du tissu conjonctif des ligaments larges, lesquels ont été allongés par le prolapsus. Par cette rétraction du tissu conjonctif, le vagin est resserré transversalement, de façon que les parois antérieures et postérieures s'approchent l'une de l'autre, comme à l'état normal. Par ce moyen, la tension de la paroi du vagin, à l'extrémité supérieure de laquelle l'utérus se trouve comme l'entonnoir dans le col d'une bouteille, est considérablement augmentée. En effet, ce résultat a été obtenu dans tous les cas où je me suis servi de cette opération. Des années même après l'opération, les parois antérieures et postérieures sont restées resserrées et l'utérus est resté à sa hauteur normale dans le bassin. J'ai opéré 22 malades selon la méthode décrite ci-dessus, la première opération pratiquée date de 1887. L'année suivante, j'en ai fait 5; 1889, 3; 1890, 3; 1891, 6, et 1892, 4. En outre, j'ai opéré, le 4 avril de cette année, un cas dans lequel je n'ai fait que les kolporrhaphies latérales, en supprimant les kolporrhaphies antérieures et postérieures, bien que la cystocèle et la rupture du périnée aient eu lieu.

Ce n'est qu'à titre d'essai que j'ai opéré ce dernier cas, c'est-à-dire pour voir quel effet pourraient produire des kolporrhaphies latérales. La malade n'a pas eu de rechute. L'observation est toutefois trop récente pour donner une conclusion sûre. De mes 25 femmes opérées, 15 souffraient d'un prolapsus incomplet. Parmi ces dernières, je compte toutes celles chez lesquelles une partie de l'utérus se trouvait encore dans le bassin quand je tirai le prolapsus par en bas. Les résultats sont si encourageants qu'ils m'engagent à suivre cette méthode, parce que je n'ai eu aucune rechute.

Varicocèle chez la femme. — M. le Dr Paul Petit (de Paris). — A côté de l'inflammation à proprement parler, il faut tenir compte de certains états morbides dénommés depuis longtemps par le bon sens clinique: congestions, engorgements, pseudo-inflammations, et qui ont leurs causes dans des modifications d'ordre purement nutritif. La congestion pelvienne en particulier ne fait plus que préparer, raviver ou entretenir l'inflammation. Elle a aussi son existence propre: passagère, elle se traduit à l'occasion de fatigues, d'abus de coït et particulièrement au moment de la menstruation par une sensation de pesanteur dans le petit bassin, et de la sensibilité de la région des annexes. Permanente, elle devient analogue aux varicocèles chez l'homme et prend dans la pathologie féminine une place importante que je crois à peine soupçonnée.

Signalé par Richer, étudié par son élève Devals en dehors de la gravidité et surtout au point de vue de l'hématocèle par Budin, dans sa thèse sur les varices de la grossesse, le varicocèle féminin a été l'objet en 1888 de deux mémoires cliniques importants et en partie contradictoires de Coe et de Dudley. Les lésions macroscopiques des plexus veineux ont été bien présentées par Devolz dès 1858, mais le Dr Paul Petit pense avoir été le premier à donner l'année dernière, devant la Société obstétricale et gynécologique de Paris, la description nette et précise des lésions qu'il entraîne du côté de l'ovaire. Cette description a été reproduite avec des considérations nouvelles au point de vue clinique dans la thèse de Rousson.

L'orateur choisit entre ses observations un fait très démonstratif, qu'il décrit avec pièces à l'appui et dans lequel il s'agit de lésions initiales où il est impossible de faire intervenir l'inflammation. Dans un grand nombre d'autres cas se rattachant de plus ou moins près à celui-ci, il a observé, avec ou sans varices pelviennes, la concomittance dans l'ovaire d'œdèmes partiels et de la dégénérescence scléro-kystique à différents degrés de développement.

De l'ensemble de ces cas, conclusions:

1° La congestion passive plus ou moins durable peut engendrer du côté de l'ovaire d'importantes lésions débutant par l'œdème pour aboutir à la dégénérescence scléro-kystique; 2° cette dernière affection, qui occupe une si grande place en gynécologie, ne reconnaît probablement pas de causes plus efficaces, toutes les fois qu'il n'y a pas d'adhérence périannexielle, d'inflammation manifeste de l'appareil mitro-tubaire. Cette opinion est celle d'un bon nombre de gynécologistes, mais elle manquait d'une base anatomique solide.

(*A suivre*). Dr Basset.

Alcoolisme et Dégénérés. — Il existe dans la commune de Fauborn, près Limbourg-sur-Lahn, grand duché de Hesse-Nasau, plusieurs distilleries d'alcool fort peu rectifié, et la population est composée, paraît-il, de crétins et de dégénérés de toutes espèces. Le contraste est des plus curieux avec les villages environnants, qui n'ont pas de distillerie et où la population est saine.

BIBLIOGRAPHIE

L'Oblitération des sutures du crâne chez les idiots; par Ernest Tacquet. — Paris, 1892, aux Bureaux du *Progrès médical*.

Ce travail a été entrepris dans le service de M. Bourneville, à l'aide de la riche collection de pièces qu'il recueille depuis longtemps dans son service de Bicêtre et qui sont assez nombreuses pour constituer un musée spécial des plus intéressants. Cette conduite pourrait être imitée facilement par les chefs de service ; beaucoup d'entre eux recueillent déjà, mais timidement et sans esprit de suite, les pièces intéressantes qui leur passent par les mains. Certains services de chirurgie, les services de dermatologie de Saint-Louis constituent aussi de précieux assemblages de documents. A Bicêtre, dans le service des idiots, on enlève autant que faire se peut le cerveau à chaque autopsie : on garde la calotte cranienne, et à l'occasion, la tête. De plus, M. Bourneville reprend, au moment du relèvement des corps dans le cimetière, c'est-à-dire au bout de 5 ans, le squelette de la tête de ses anciens malades.

A un moment donné, quand une question devient actuelle, et celle des sutures craniennes dans l'idiotie l'est devenue à la suite des communications de M. le Pr Lannelongue sur la craniectomie, on dispose d'un stock considérable qui peut être utilisé d'une façon aussi pratique que rapide et permet d'apporter des arguments décisifs dans la question.

C'est ainsi que M. Tacquet, s'appuyant sur un certain nombre d'observations (dans lesquelles on retrouve des cas d'idiotie craniectomisée), a pu se prononcer en connaissance de cause contre cette opération. Il établit d'abord que l'oblitération des sutures du crâne ne se fait pas plus prématurément chez les idiots que chez les sujets sains. Ce n'est donc pas là qu'il faut chercher la cause de l'idiotie. L'intervention chirurgicale est inutile et le traitement médico-pédagogique reste le seul procédé rationnel pour améliorer l'idiotie (1).

A. Pilliet.

VARIA

Le Choléra.

Quoique d'après les dernières nouvelles l'épidémie, sauf à Hambourg, continue à décroître, nous croyons utile de mettre encore sous les yeux de nos lecteurs le résumé des principales dépêches qui nous ont été envoyées par nos correspondants.

1° *Allemagne*. — A Hambourg, l'assemblée de la bourgeoisie a adopté à l'unanimité, le 15 septembre, la motion d'urgence du Sénat accordant un million de marcs pour la lutte contre l'épidémie. Dans la journée du 14 au 15 on a notifié 283 cas et 108 décès. Le lendemain, on a compté 306 nouveaux cas et 128 décès. Le 16 septembre, le Pr Kock a visité, en compagnie du directeur de l'Office sanitaire impérial, toutes les installations de cholériques et s'est montré très satisfait de cette visite. Il a déclaré parfaites les dispositions prises pour l'installation à l'hôpital de baraquements, aussi bien que pour le transport, le traitement et les soins à donner aux malades. Dans la journée du 18 septembre, 241 cas et 115 décès ont été déclarés. Le lendemain, on comptait 211 cas et 100 décès. La Commission du Sénat de Hambourg, chargée des mesures à prendre à propos de l'épidémie cholérique, vient d'établir vingt-cinq Commissions sanitaires composées chacune d'un président et de plusieurs citoyens de la ville. Ces Commissions surveilleront les conditions sanitaires dans toutes les parties de la ville ; elles feront part à la police de tous les défauts, au point de vue des institutions sanitaires, dont elles auront connaissance, afin que la police puisse y remédier aussitôt ; elles s'occuperont enfin des opérations de désinfection en cas de choléra et du nettoyage des réservoirs d'eau. Dès qu'un foyer cholérique se sera déclaré quelque part, les habitants seront transférés dans d'autres maisons. D'après une dépêche du 22 septembre, les nouvelles de Hambourg sont aujourd'hui moins favorables. L'épidémie est de nouveau en recrudescence. Une Commission de médecins visitera les échoppes et les maisons des quartiers populeux. Les logements qui laissent à désirer au point de vue hygiénique seront évacués et mis sous scellés. Les locataires seront logés aux frais du Sénat.

Autriche-Hongrie. — D'après une dépêche du 20 septembre, tous les professeurs autrichiens, chefs de clinique dans les hôpitaux, ont été invités à reprendre possession de leurs postes. Le 19 septembre, 4 cholériques se trouvaient en traitement à l'hôpital Lazare, à Cracovie. A Czernowitz, en Bukovine, et dans 312 communes, des comités se sont constitués en vue de prendre les mesures de préservation contre l'épidémie. D'après le Pr Wichselbaum, l'existence du choléra asiatique à Cracovie et à Podgorce a été constatée d'une façon certaine. Depuis le commencement de l'épidémie jusqu'à mercredi, il y a eu à Cracovie et à Podgorce en tout 10 cas dont 5 terminés par des décès. Le gouverneur est arrivé, il a visité l'hôpital des cholériques, inspecté les travaux d'assainissement de Cracovie et de Pogdorce et pris part aux délibérations des autorités relativement aux mesures supplémentaires à prendre contre l'épidémie. D'après les journaux, 4 cas très suspects ont été constatés à Wolowice, gouvernement de Goritz ; 2 d'entre eux ont eu une issue fatale ; le dernier renseignement est confirmé par la *Wiener Abendpost*. Le premier cas s'est déclaré chez une femme revenue d'Amérique par Hambourg.

Hollande. — On signale à Amsterdam et Rotterdam plusieurs cas de choléra asiatique.

Russie. — On constate une amélioration sensible dans l'état sanitaire. Par mesure de prudence, à cause du choléra, on vient de contremander les foires qui se tiennent annuellement pendant les mois de septembre et d'octobre dans les principales villes de Finlande. Il y a eu néanmoins, à Saint-Pétersbourg, le 14 et le 15, 50 cas et 8 décès ; le 18, 32 cas et 12 décès ; le 20, 48 cas et 16 décès.

Belgique. — 15 septembre. — Trois cas de choléra ont été constatés à Molenbeeck, faubourg de Bruxelles. Une fillette est morte. Un cas de cholérine est en traitement à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles. A Anderlecht, autre faubourg de Bruxelles, quelques cas de choléra nostras ont également été constatés. A Anvers, la situation s'est aggravée. Il y a eu dans une seule maison de la cinquième section Nord cinq cas. Dans deux autres maisons du même quartier il y a eu deux cas dans chacune. Un vagabond a été atteint du choléra sur la voie publique. Deux enfants sont morts à bord d'un bateau intérieur amarré dans le bassin aux bois. Un batelier, dont le bateau est amarré au bassin du batelage, au sud, est mort également. Un ouvrier est mort pendant qu'il se trouvait dans un cabaret situé quai Godefroy. Un autre cas a été constaté dans l'impasse Terninck.

16 septembre. — A midi, un ouvrier du chemin de fer de l'Etat a été atteint du choléra asiatique. Il a été transporté immédiatement à l'hôpital Saint-Jean. A Molenbeeck, faubourg de Bruxelles, quatre nouveaux cas ont été signalés. Toutes les personnes atteintes appartiennent aux classes pauvres. L'une d'elles a déjà perdu son père et une de ses sœurs du choléra, il y a quelques jours. Deux personnes atteintes sont dans un état désespéré. A l'hôpital de Stuyvenberg, à Anvers, il y a eu 6 entrées, 3 sorties, 2 décès. En outre, plusieurs cas ont été signalés sur des bateaux de l'intérieur, amarrés au quai. On signale également quelques cas de diarrhée cholériforme dans la ville.

19 septembre. — Il n'y a pas de nouveaux cas à Molenbeeck. On signale quatre cas à Anderlecht ; trois personnes ont succombé. Une des personnes mortes était employée dans une tannerie. C'est en remuant les peaux provenant de pays contaminés qu'elle a été atteinte de l'épidémie. A Bruxelles, il n'y a pas de cas nouveaux.

21 septembre. — Le nombre des cholériques actuellement en traitement à l'hôpital de Molenbeeck est de cinq. Deux cas nouveaux se sont produits depuis hier. Deux cas nouveaux se sont également déclarés à Anderlecht. La nuit dernière, six personnes sont mortes à Paturage de diarrhée cholériforme. Un nouveau décès a eu lieu ce matin. La panique règne dans la commune. L'épidémie est attribuée à la mauvaise eau dont s'abreuvent les habitants. Une enquête médicale est ouverte. On annonce de Cuesne qu'une personne est morte cette nuit de la cholérine. Hier et ce matin, on n'a signalé à Anvers que quatre cas suspects et quatre décès, dont deux à bord d'un bateau intérieur et deux sur la voie publique. Une batelière est morte hier après-midi.

Portugal. — Les dépêches de Lisbonne démentent le bruit que des quarantaines de rigueur soient imposées à la frontière portugaise. Les voyageurs sont soumis à une simple visite sanitaire, comme cela a lieu à la frontière française. Toutefois, le gouvernement a ordonné au paquebot allemand *Reichstag*, qui est arrivé mardi à Lisbonne avec un cas de maladie intestinale à bord, de quitter immédiatement la rivière du Tage.

Espagne. — Le gouvernement espagnol persistant à astreindre les bateaux italiens à la quarantaine, malgré l'affirmation expresse du gouvernement italien que le choléra n'existe pas actuellement en Italie, M. Brin, ministre des affaires étrangères, a envoyé une

(1) Voir sur ce sujet : Bourneville, *Comptes rendus de Bicêtre, passim* ; — *Congrès des aliénistes* (session de Blois) ; — *Archives de Neurologie*, 1892, nos de juillet et de septembre.

note à Madrid menaçant d'user de représailles envers les bateaux espagnols si cette quarantaine n'était pas immédiatement supprimée.

Etats-Unis. — Le nombre total des cholériques qui ont succombé sur les navires arrivés à New-York depuis l'apparition de l'épidémie est de 104 ; le nombre des malades est de 105. De ces décès, 28 se sont produits dans les ports et 76 en mer. La *Bohemia* a hissé le pavillon jaune pour indiquer que le choléra est à bord. Le dernier bulletin sanitaire indique qu'aucun cas nouveau n'avait été signalé en ville. Cependant, un malade présentant les symptômes caractéristiques de l'épidémie a été transporté à l'hôpital, où il reste en observation.

France. — Le choléra est en décroissance partout. A Paris; M. Brousse, au cours de la dernière séance du Conseil d'hygiène de la Seine, a donné lecture d'un rapport sur la situation sanitaire. Voici le résumé de la statistique des décès causés par la diarrhée cholériforme constatés depuis le début de l'épidémie.

Statistique des décès par choléra constatés depuis le début de l'épidémie.

I. — *Maison de Nanterre.*

Le 5 avril, 1 décès; le 6, 1 ; le 9, 1 ; le 10, 3 ; le 11, 7 ; le 12, 9 ; le 13, 5 ; le 15, 5 ; le 16, 2; le 17, 2 ; le 19, 1 ; le 20, 1 ; le 21, 1. — Ensemble, 39 décès.

Le 27 mai, 1 décès ; le 28, 1. — Ensemble, 2 décès.

Le 5 juillet, 1 décès ; le 7, 1 ; le 10, 1 ; le 18, 1 ; le 20, 5 ; le 23, 1. — Ensemble, 10 décès.

Le 8 août, 1 décès ; le 9, 1. — Ensemble, 2 décès.

II. — *Banlieue.*

Le 10 avril, 1 décès; le 11, 1 ; le 13, 1 ; le 14, 1 ; le 15, 2 ; le 17, 1 ; le 18, 2 ; le 19, 1 ; le 20, 2 ; le 21, 3 ; le 22, 2 ; le 23, 1 ; le 24, 1 ; le 25, 2 ; le 28, 1 ; le 30, 2. — Ensemble, 24 décès.

Le 4 mai, 1 décès ; le 5, 1 ; le 6, 1 ; le 8, 2 ; le 9, 1 ; le 15, 1 ; le 18, 1 ; le 19, 2 ; le 21, 1 ; le 23, 1 ; le 24, 1 ; le 31, 1.— Ensemble, 14 décès.

Le 2 juin, 3 décès ; le 4, 1 ; le 6, 2 ; le 7, 1 ; le 8, 3 , le 10, 1 ; le 11, 1 ; le 12, 1 ; le 13, 2; le 14, 5 ; le 15, 2 ; le 16, 3 ; le 17, 4 ; le 18, 3 ; le 19, 4 ; le 20, 5 ; le 21, 2 ; le 22, 4 ; le 23, 3 ; le 24, 5 ; le 25, 2 ; le 26, 2 ; le 27, 1 ; le 28, 4 ; le 29, 5 ; le 30, 7. — Ensemble, 76 décès.

Le 1er juillet, 11 décès ; le 2, 12 ; le 3, 14 ; le 4, 9 ; le 5, 4; le 6, 15 ; le 7, 14 ; le 8, 11 ; le 9, 1 ; le 10, 12 ; le 11, 17 ; le 12, 9 ; le 13, 10 ; le 14, 17 ; le 15, 27 ; le 16, 22 ; le 17, 4 ; le 18, 15 ; le 19, 6 ; le 20, 8 ; le 21, 11 ; le 22, 7 ; le 23, 7 ; le 24, 8 ; le 25, 6 ; le 26, 4 ; le 27, 6 ; le 28, 7 ; le 29, 1 ; le 30, 2 ; le 31, 2.— Ensemble, 299 décès.

Le 1er août, 2 décès ; le 2, 4 ; le 3, 2 ; le 4, 6 ; le 5, 1 ; le 6, 2 ; le 7, 2 ; le 11, 3 ; le 12, 3 ; le 13, 1 ; le 14, 1 ; le 15, 1 ; le 16, 2 ; le 17, 2 ; le 19, 6 ; le 20, 5 ; le 21, 1 ; le 22, 8 ; le 23, 4 ; le 24, 5 ; le 25, 5 ; le 26, 7 ; le 27, 8 ; le 28, 9 ; le 29, 12 ; le 30, 10 ; le 31, 11. — Ensemble, 123 décès.

Le 1er septembre, 17 décès ; le 2, 14 ; le 3, 11 ; le 4, 12 ; le 5, 23 ; le 6, 22 ; le 7, 10 ; le 8, 23 ; le 9, 6 ; le 10, 12 ; le 11, 8 ; le 12, 4 ; le 13, 7 ; le 14, 4. — Ensemble, 173 décès.

III. — *Paris.*

Le 21 avril, 1 décès.

Le 12 mai, 1 décès ; le 13, 1 ; le 14, 1 ; le 16, 1 ; le 18, 1 ; le 22, 1 ; le 26, 2 ; le 27, 1 ; le 30, 1. — Ensemble, 10 décès.

Le 1er juin, 1 décès ; le 2, 2 ; le 3, 3 ; le 9, 1 ; le 10, 1 ; le 11, 1 ; le 16, 1 ; le 17, 1 ; le 19, 1 ; le 20, 1 ; le 21, 1 ; le 22, 1 ; le 23, 2 ; le 27, 2. — Ensemble, 19 décès.

Le 2 juillet, 1 décès ; le 3, 1 ; le 4, 2 ; le 5, 1 ; le 6, 2 ; le 7, 4 ; le 8, 2 ; le 9, 6 ; le 10, 1 ; le 11, 4 ; le 12, 4 ; le 13, 5 ; le 14, 3 ; le 15, 5 ; le 16, 3 ; le 17, 3 ; le 18, 2 ; le 19, 2 ; le 20, 4 ; le 21, 5 ; le 22, 1 ; le 23, 1 ; le 24, 1 ; le 25, 2 ; le 26, 4 ; le 27, 4 ; le 28, 2 ; le 30, 2 ; le 31, 6. — Ensemble, 83 décès.

Le 1er août, 1 décès ; le 2, 2 ; le 3, 3 ; le 4, 1 ; le 5, 2 ; le 6, 3 ; le 7, 2 ; le 8, 1 ; le 11, 1 ; le 12, 1 ; le 14, 2 ; le 16, 2 ; le 17, 3 ; le 18, 2 ; le 19, 5 ; le 20, 3 ; le 21, 3 ; le 22, 7 ; le 23, 13 ; le 24, 14 ; le 25, 18 ; le 26, 16 ; le 27, 26 ; le 28, 25 ; le 29, 34 ; le 30, 18 ; le 31, 22. — Ensemble, 229 décès.

Le 1er septembre, 36 décès ; le 2, 23 ; le 3 36 ; le 4, 27 ; le 5, 36 ; le 6, 23 ; le 7, 20 ; le 8, 36 ; le 9, 13 ; le 10, 9 ; le 11, 18 ; le 12, 14 ; le 13, 13 ; le 14, 6 ; le 15, 10 ; le 16, 12 ; le 17, 7 ; le 18, 12 ; le 19, 6. — Ensemble, 357 décès.

Sur la demande de M. Monod, directeur de l'hygiène publique, l'Association des Dames françaises vient de mettre à sa disposition pour seconder les mesures prises contre l'invasion du choléra : 1° pour les postes sanitaires de la frontière Nord-Est, sa tente-hôpital avec ses dix-huit lits complets, le matériel et le personnel nécessaires au fonctionnement de l'ambulance ; 2° le personnel et le matériel pour les postes de secours qui seraient formés à Paris dans les locaux désignés par l'autorité administrative.

Les offres de l'Association ont été fort bien accueillies, elles seraient mises à exécution si l'épidémie prenait un caractère plus menaçant. Dès aujourd'hui les comités de l'Association sur la frontière Nord-Est assurent, où il est nécessaire, le personnel et le matériel des postes sanitaires.

Voici maintenant pour terminer le tableau fourni par M. Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique, sur les entrées, sorties et décès des cholériques du 16 au 22 de ce mois.

Mouvement du mois de Septembre 1892.

Dates	Entrées		Décès (1).	Sorties.	Existants.	Observations.
	Banlieue.	Paris.				
16 septembre.	6	18	7	20	227	
17 —	4	29	11	32	218	
18 —	4	15	7	17	213	
19 —	5	15	9	37	187	
20 —	8	10	9	16	180	
21 —	6	25	7	14	190	
22 —	2	26	5	10	203	
	35	138	55	146		(1) Y compris les décès des malades de la banlieue traités dans les hôpitaux de Paris. Les décès sont comptés de minuit à minuit.
	173					

Albin R.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 11 sept. 1892 au samedi 17 sept. 1892, les naissances ont été au nombre de 1071 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 404; illégitimes, 156, Total, 560 — *Sexe féminin :* légitimes, 364 ; illégitimes, 147. Total, 511.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 11 sept. 1892 au samedi 17 sept. 1892, les décès ont été au nombre de 987 savoir : 489 hommes et 498 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4 F. 13, T 17. — Variole : M 0, F. 0 T. 0 — Rougeole : M. 4, F. 3, T 7. — Scarlatine : M. 2, F. 3 T 5. — Coqueluche : M. 4, F 6, T. 10 — Diphtérie. Croup : M. 6 F. 12, T. 18. — Affections cholériformes : M. 38, F. 33, T. 71. — Phtisie pulmonaire : M. 112, F. 78, T. 190. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 17, T 31 — Tumeurs bénignes : M. 0 F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 24, F. 34, T. 58. — Méningite simple : M. 11. F. 10, T. 21 — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 23, T. 46. — Paralysie, M 6 F. 4, T. 10 — Ramollissement cérébral : M. 5 F. 5, T. 10 — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 31, T. 52. — Bronchite aiguë : M 5 F 6, T. 11 — Bronchite chronique. M. 5 F. 12, T. 17. — Broncho-Pneumonie : M. 7, F. 9, T. 16, — Pneumonie : M. 14, F. 9, T. 23 — Gastro-entérite, biberon : M. 50 F. 46, T. 96 — Gastro-entérite, sein : M 9, F. 6, T. 15. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 2, T. 7. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F 3 T 3 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T 0 — Débilité congénitale : M. 5, F. 7. T 12 — Sénilité : M. 9. F. 22, T 31. — Suicides : M 6, F. 11, T. 17 — Autres morts violentes M. 11, F. 5, T. 16 — Autres causes de mort : M. 86. F. 78. T. 164 — Causes restées inconnues : M 3, F 4 T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 82, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes. 10. Total : 33. — *Sexe féminin* : légitimes, 33, illégitimes, 16. Total : 49.

Honoraires médicaux. — Depuis un an ou dix-huit mois on constate en Allemagne une légère diminution du nombre des étudiants en médecine. Ce fait est d'autant plus remarquable que jusqu'ici le nombre des diplomes de docteur décernés dans ce pays n'avait cessé de s'accroître. La cause de ce recul est facile à donner : plus de la moitié des médecins de Berlin touchent chaque année moins de 3,000 marcs (3,750 fr.) d'honoraires (*Munich. med.*

Woch). C'est une situation peu enviable. A Vienne, la situation pécuniaire des médecins est très médiocre. Ce qui en donne la mesure, c'est que bon nombre d'entre eux se voient dans la nécessité d'accepter les conditions que leur font certaines sociétés de secours mutuels. Celles-ci osent offrir à leurs médecins une somme de 20 à 25 kreutzer (10 à 50 centimes) par visite. (*Wien. med. Woch*).

La fièvre en Corse. — Pendant les trois premiers jours de septembre, 63 hommes de la garnison d'Ajaccio ayant dû, à la suite de violents accès de fièvre, entrer à l'hôpital, le gouverneur a ordonné la suppression des manœuvres de garnison autour de la ville.

Les avantages moraux d'un vagin double. — Officier de santé, l'auteur examinait une femme de la ville, mais ayant introduit le spéculum, il n'arrivait pas à découvrir le col utérin, quoique son existence fût prouvée par deux grossesses. Voyant cet embarras, la patiente, une jeune française spirituelle, dit avec la plus grande nonchalance. « Vous ne remarquez pas que vous cherchez trop bas, Monsieur ! J'ai deux passages avec une seule entrée, et vous avez pris la mauvaise voie ; permettez. » Une légère manœuvre, et le col apparut nettement. Un examen plus soigneux montra qu'elle avait un vagin double, divisé par une membrane mince et lâche, grâce à laquelle on pouvait à volonté introduire le spéculum dans un cul-de sac ou sur le col. Après avoir insisté pour que son secret ne fût pas divulgué, elle expliqua, avec une franchise engageante, les avantages de ce nouvel arrangement : « Vous savez qu'il y a ici un étudiant qui m'adore ; je lui réserve la bonne voie. Je ne permettrai à personne d'y pénétrer ; non, Monsieur, je me respecte trop pour le faire. Mais l'autre voie est au service de mes amis ; là, ils peuvent se divertir sans danger, autant qu'il leur plaît. (*Le Concours médical*).

Les « industries a poussières » et les précautions prophylactiques qu'elles nécessitent. — Un ouvrier, nommé Aubry, est mort d'une pneumonie aiguë quelques jours après son entrée comme manœuvre à l'usine Leblanc. Sa veuve, prétendant qu'il avait contracté cette maladie à l'usine en respirant des poussières de scories et que certaines précautions d'usage n'avaient pas été prises, avait formé une demande en dommages-intérêts contre M. Leblanc. A la suite d'un rapport d'expert favorable à la demanderesse, le tribunal de Nantes rendit l'année dernière un jugement condamnant Leblanc à payer des dommages-intérêts à la veuve Aubry. Sur appel, la cour de Rennes a rendu cette année un arrêt qui confirme le jugement de première instance.

Le dentiste et la cliente. — Une enquête est ouverte sur les agissements d'un dentiste qui traitait ses clients d'une façon peu scrupuleuse. Il paraît avoir surtout exploité les Américains. Une jeune femme, Mme M..., se rendait en effet, il y a quelque temps, chez ce dentiste en renom du quartier du Palais-Royal, inventeur d'un nouveau système de greffe dentaire, et lui demandait de vouloir bien garnir sa bouche de jolies dents. — C'est facile, lui répondit le praticien, mais je dois vous prévenir que je ne puis faire cette opération à moins de 2,500 fr. — 2,500 fr. Soit, ce n'est rien, si cela doit me rendre la beauté. Marché conclu, Mme M... versa séance tenante les 2,500 francs et le dentiste commença son travail en posant, après une opération très douloureuse, une première dent qu'il maintint à l'aide d'un appareil en caoutchouc. Puis il recommanda à la cliente de revenir le lendemain, certain qu'il était de la réussite. Mme M... revint à l'heure dite, le dentiste retira l'appareil et Mme M..., après s'être rincée la bouche, cracha, cracha tant et tant que sa dent tomba... et ses illusions aussi. Mme M... offrit de laisser 500 fr. au dentiste, et réclama la restitution de son argent ; celui-ci refusa, c'est pourquoi Mme M..., avec plusieurs autres clientes, auxquelles le dentiste n'avait pas fourni de dents, mais réclamé des honoraires plus qu'exagérés, ont déposé une plainte contre cet arracheur de dents et d'argent.

Nécrologie. — M. le Dr Du Perrier, de Toulouse. — M. le Dr Plantin, de Bouscat. — M. le Dr Pouliot, de Confolens. — M. le Dr Lueyssac, de Lueyssac. — M. le Dr Regi, de Toulouse. — M. le Dr Roussin, de Paris — M. le Dr Leblanc, de Paris. — M. le Dr Dagau, de Bourg-d'Argental (Loire).

Vacance médicale. — Poste médical à prendre dans un chef-lieu de canton. 3,000 habitants. Seul médecin. La dernière année a touché 9,000 fr. Susceptible d'augmentation pour un médecin jeune et actif. S'adresser à M. le Dr Roubinovitch, 121, rue du Faubourg-Poissonnière, de 5 heures à 6 heures.

Publications du Progrès Médical.

VIENT DE PARAITRE

L'ANNÉE MÉDICALE, Quatorzième année, 1891.

Résumé des Progrès réalisés dans les Sciences Médicales.

Publié sous la direction du Dr **BOURNEVILLE**

Médecin de l'hospice de Bicêtre, Rédacteur en chef du *Progrès médical.*

Avec la collaboration de MM. Aigre, G. Ballet, R. Blanchard, M. Baudouin, F. Bottey, E. Brissaud, J.-B. Œttinger, P. Budin, J.-B. Charcot, Comby, L. Cruet, E. Deschamps, Delfau, Guinon, Isch-Wall, A. Josias, P. Keravai, Kœnig, Letoux, A. Malherbe, P. Marie, Maunoury, Maigrier, R. Picquet, Plicque, P. Poirier, A. Pillier, A. Raoult, P. Raymond, A. Sevestre, P. Sollier, R. Vigouroux. Un beau volume in-18 raisin de 400 pages. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés . . . . 3 fr.

Traité pratique, Théorique et Thérapeutique de la Scrofulo-Tuberculose.

Par Henri Leloir,

Professeur des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille.
Membre correspondant de l'Académie de médecine, Lauréat (*bis*) de l'Institut, etc.

De la peau et des muqueuses adjacentes (Lupus et tuberculose qui s'y rattachent). Volume in-4 de 405 pages, avec 30 figures originales intercalées dans le texte, 22 tableaux statistiques et un atlas de XV planches. — Prix : 30 fr. — Pour nos abonnés. 22 fr. 50

De l'oblitération des sutures du crâne chez les Idiots;

par E. Tacquet.

Volume in-8 de 72 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

Recherches Cliniques et Thérapeutiques sur l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie ;

Par BOURNEVILLE

Médecin de Bicêtre.

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1891 (T. XII) avec la collaboration de MM. Banzet, Isch-Wall, Raoult, R. Sorel et P. Sollier. — Un fort volume in-8° de CVIII-142 pages, avec 13 figures dans le texte et 2 planches. — Prix : **5** fr. ; pour nos abonnés : **3** fr. **50.**

Rapport sur l'utilisation des Eaux d'Égout et l'Assainissement de la Seine

PRÉSENTÉ A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Par BOURNEVILLE

Médecin de Bicêtre.

Irrigation de Gennevilliers, irrigation projetée d'Achères et des sondages dans la forêt de Saint-Germain. — Brochure in-4 de de 65 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . 2 fr.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc. *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 40. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 1er OCTOBRE 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Complexus symptomatique constitué par de l'aphagie (refus de manger), alalie (refus de parler) et astasie-abasie guéri par la suggestion forcée.

Par le Dr G. CARYOPHYLIS, profess. agrégé à l'Université d'Athènes, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Le malade, Nicolas M..., âgé de 13 ans, appartient à une des meilleures familles d'Athènes. Fils unique avec deux autres sœurs dans sa famille était toujours gâté par celle-ci. Son grand-père maternel a passé par les plus hautes positions de la société, professeur de droit à l'Université d'Athènes, très distingué, un peu vif cependant dans ses discours et son enseignement, ce qui l'a fait sortir prématurément de l'Université, membre correspondant de l'Académie des sciences de Paris, est mort il y a quelques années. Sa mère, durant la maladie de son fils, étant devenue mélancolique avec des idées religieuses, est morte (probablement suicidée). Son père est professeur à l'Université d'Athènes et auteur de plusieurs ouvrages remarquables.

Le petit malade allait déjà à l'école lorsque, vers le mois de novembre 1888, on s'est aperçu qu'il ne voulait pas manger — c'était, au dire de sa grand'mère (elle le supposait au moins), pour ne pas aller à l'école. — Depuis ce temps, l'enfant a commencé à pâlir petit à petit et ses forces le quittaient. Au début, il mangeait encore des fruits (figues, petits pois secs grillés, pêches, etc.), mais point de pain, ni viande comme avant. Il buvait de l'eau. A partir d'une certaine époque, il refusait toute nourriture sauf une glace (c'était la saison d'été) qu'il mangeait dans l'espace de 24 heures. C'est cette glace qui lui tenait lieu de tout aliment. En même temps, il a commencé à ne pas parler, sinon de temps à autre, et cela très rarement, jusqu'à ce qu'il fût arrivé à un mutisme absolu. Le fonctionnement de son larynx était intact, parce qu'il pouvait pousser des cris, ce qu'il faisait assez volontiers, comme nous verrons plus bas. Donc, ce qui manquait, c'était la parole articulée. Depuis plusieurs mois avant notre visite, il ne prononçait pas un mot. Il y avait des moments, lorsqu'on le contrariait, où le malade simulait des contractions, faisait des contorsions de toute espèce, se tirait les cheveux, saisissait son larynx pour s'étrangler, frappait sa tête au mur, etc. Il passait la plupart de son temps étendu sur un canapé, muet et regardant le plafond, insensible à toutes les caresses de ses sœurs et aux injonctions de ses parents, et à partir d'un certain moment, il ne se levait plus pour marcher. Il remuait bien ses bras et ses jambes étant couché, mais pour marcher ne voulait plus en entendre parler. Bien des fois on a appelé des médecins, mais lorsque le malade les voyait ou les entendait même venir, il commençait ses cris et ses contorsions et il inspirait à ses parents une telle peur que ceux-ci, craignant qu'il ne lui arrivât quelque accident, évitaient d'appeler le médecin, ou, s'ils s'y décidaient, il leur fallait prendre de grandes précautions ou employer toutes sortes d'artifices pour le mener près de lui.

La première fois que nous avons vu le malade, c'était le 30 juillet 1890 ; il y avait environ 20 mois que durait l'état que nous avons précédemment décrit. De concert au préalable avec le père, nous sommes allé chez lui en donnant un autre motif à notre visite. Le malade était couché sur le dos, étendu sur un canapé et ayant l'air de ne pas faire attention à ce qu'on disait. Toutefois, en observant bien, on surprenait des coups d'œil en-dessous, que jetait le malade de temps à autre, qui signifiaient bien qu'il ne restait pas tout à fait étranger à la conversation. En nous adressant à la fin directement à lui, nous demandons quelques explications sur sa maladie ; il ne nous donne d'abord aucune réponse, mais en voyant notre insistance et ayant compris qu'il était en face d'un médecin il commence à pousser des cris, à contracter ses membres supérieurs et inférieurs et les muscles de son visage, à frapper sa tête au mur, il se tirait les cheveux, se mordait à différents endroits du corps et, en criant, regardait ses parents d'une façon significative en implorant pour ainsi dire notre éloignement.

Le malade était très pâle et excessivement maigre, ce qui se conçoit d'ailleurs, puisque depuis déjà deux mois, il ne prenait guère pour toute nourriture qu'une glace dans les 24 h. ; son haleine était fétide, repoussante ; il paraissait jouir de tous les mouvements de ses membres et de son tronc, à en juger par les contorsions énergiques qu'il exécutait ; un examen plus détaillé du malade tant au point de vue de la motilité que de la sensibilité, on le comprend, n'était guère facile après ce qui a été dit plus haut de sa désobéissance absolue. Pourtant, comme nous le verrons plus bas, sa sensibilité paraissait intacte également au moins en grande partie. La plupart du temps, il gardait les yeux demi-clos.

Son père, après avoir essayé tous les moyens de traitement, désespéré de l'état de son fils, nous l'a confié avec l'autorisation absolue de faire ce que nous croyions nécessaire. Tout d'abord, nous avons insisté près du père pour l'isolement complet du malade et son éloignement absolu de la famille, pour pouvoir entreprendre son traitement. Mais comme nous avons vu que l'isolement tel que nous le comprenions serait très difficile, nous nous sommes décidé à essayer l'hypnotisme. Le 1er août 1890, nous allons chez M. M..., avec l'intention d'hypnotiser le malade ; mais celui-ci ne voulait en aucune façon s'y soumettre, avait même recommencé la même scène, que nous avons décrite plus haut. On ne pouvait donc songer à employer d'autre moyen d'hypnotisation que celui de Lasègue, usité à la Salpêtrière (légère compression des globes oculaires avec les doigts). Nous disons d'abord aux parents de sortir de la chambre, après quoi nous essayons de commencer l'hypnotisation. Une véritable lutte eut lieu entre le malade et nous. Nous lui avons saisi les deux mains avec l'une des nôtres, ses deux membres inférieurs entre nos jambes et, avec l'autre de nos mains, tenant sa tête immobile, nous pressions en même temps les globes oculaires et tâchions de l'endormir. Cette séance a duré près de deux heures environ sans discontinuité, temps pendant lequel le malade poussait des cris aigus et très forts : i...i...i..., tandis que nous lui répétions sans cesse l'ordre suivant : « Tu mangeras, tu parleras et tu marcheras. » Durant l'expérience le malade n'a présenté aucune trace d'hypnose, pas même le moindre signe de ce qu'on appelle le petit hypnotisme. Après de continuels efforts de deux heures, fatigué, nous abandonnâmes le malade et, en partant, nous lui répétâmes pour la dernière fois impérieusement et à haute voix qu'il mangerait, qu'il parlerait et qu'il marcherait et que nous allions revenir.

Le lendemain à 9 h. 1/2 du matin nous revenons auprès du malade qui, dès qu'il nous a vu, a recommencé ses cris et ses contorsions habituelles, de sorte que nous avons été obligé de mettre en usage le même procédé que la veille : nous l'avons saisi et, en le tenant bien, nous lui avons fermé les yeux en comprimant légèrement les globes oculaires et en lui répétant à plusieurs reprises les mêmes injonctions : « Tu mangeras, tu parleras et tu marcheras. » Le malade a montré cette fois aussi la même insoumission que la veille et poussait durant la séance les cris aigus : i...i...i... La durée de cette séance fut d'une heure et demie environ. Comme nous disions au malade pendant l'expérimentation qu'il dormirait, celui-ci à un certain moment faisait semblant de dormir, pour nous tromper certainement, ayant les membres en résolution et les

yeux fermés; nous disons qu'il faisait semblant et qu'il ne dormait pas réellement, parce qu'il ne présentait alors aucun signe somatique d'un des trois états du grand hypnotisme et parce que, quand, après l'avoir laissé tranquille un moment pour voir, nous avons voulu lui presser de nouveau les yeux, il recommença ses cris i...i...i... A 11 heures, c'est-à-dire après des tourments d'une heure et demie, nous abandonnâmes le malade étendu sur le canapé et grognant. Dans le courant de l'expérimentation, nous avons été persuadé que la sensibilité était intacte, au moins sur les parties du corps qui étaient découvertes, parce que le malade, lorsque des mouches se posaient sur ses lèvres ou sur son visage, par exemple, les chassait et que par des mouvements significatifs témoignait alors la sensation désagréable que lui causaient des gouttes de sueur tombant sur sa peau. Le jour suivant, nous avons répété la même expérience pendant une heure avec la même intolérance de la part du malade, les mêmes désagréments et sans plus de succès que les trois précédentes. Celle-ci était la troisième séance. Ce jour même le malade a parlé à ses parents et a demandé qu'on le montât au premier étage de la maison — il était à l'entresol — en s'imaginant très probablement pouvoir se soustraire à notre poursuite.

Le lendemain, quand nous sommes revenu, nous avons trouvé le malade couché sur le dos, regardant au plafond et ne parlant pas. Nous avons de nouveau posé les doigts sur ses yeux pour répéter l'expérience, mais aussitôt il a recommencé à crier et à articuler pour la première fois quelques mots : « Laissez-moi, je ne veux pas. » Prenant courage de ce commencement de succès, parce que, comme nous l'avons dit plus haut, le malade depuis longtemps déjà n'avait prononcé aucun mot, nous l'avons ressaisi comme les autres fois et, en le tenant en expérience d'hypnotisation forcée pendant une heure et demie, nous lui avons répété sept fois les mêmes injonctions: qu'il faut manger, bien parler, se lever pour marcher et jouer avec les autres enfants.

Le 3 août, le père du malade vient nous trouver et nous dire que celui-ci a parlé et a avoué qu'il avait quelquefois faim, mais qu'il faisait exprès de ne pas manger, en ajoutant que si on lui promettait que le médecin ne viendrait plus, il mangerait. Il a commencé en outre à jouer et à rire avec ses sœurs, ce qu'il n'a jamais fait depuis qu'il se trouvait dans cet état.

Le lendemain nous ne sommes pas allé chez le malade, ayant voulu attendre pendant quelques jours le résultat de ce premier indice d'amélioration.

Quelque temps après, le père du malade vient nous trouver et nous dire que celui-ci parle bien, s'amuse avec ses sœurs et sur sa demande est sorti en voiture jusqu'au Phalère, il y avait environ deux ans qu'il n'était pas sorti de la maison. Outre cela, il a commencé à manger, mais seulement des fruits (figues, pêches, petits pois secs grillés); il n'y avait que la marche qui restait encore et à laquelle il ne voulait pas se décider. Cet état, qu'on peut appeler satisfaisant, a duré un mois environ. Au bout de ce temps, comme nous voyions que l'amélioration constatée restait stationnaire, nous revenons près du malade le 7 septembre. A notre retour nous avons retrouvé le malade étendu sur le dos et sur le même canapé. Mais grande fut notre surprise quand nous avons vu son état général tout autre que celui que nous lui connaissions : le malade a gagné en embonpoint et en couleurs; sa face, qui était maigre et tirée, il y avait un mois, se remplissait; son cou, auquel les muscles proéminaient, semblables à des cordes sous-tendant la peau, à cause de la disparition de la graisse sous-cutanée, était arrondi. A peine le malade nous a-t-il aperçu qu'il se mit à crier de nouveau, et, ayant glissé de dessus le canapé et se traînant sur le parquet, veut entrer sous ce canapé. On a voulu le faire soutenir par un aide par les aisselles pour le faire marcher, mais il laissait ses membres en résolution, il glissait et tombait par terre. Nous avons essayé d'abord de lui donner des conseils et de lui faire entendre raison en procédant avec douceur, mais nous nous sommes vite aperçu que c'était peine perdue, nous l'avons donc ressaisi entre nos jambes et recommencé le même manège qu'autrefois en essayant de l'hypnotiser et en lui répétant impérieusement *qu'il va dormir, qu'il va demander à manger du pain et de la viande et qu'il va se lever pour marcher.* La séance a duré une heure et demie environ, après quoi nous avons abandonné le malade n'ayant pu obtenir la moindre trace d'hypnose et nous sommes parti en lui certifiant que tout ce que nous lui avions dit devait se réaliser et que nous allions revenir.

Le lendemain un envoyé vient de la part du père nous prévenir que le petit malade a consenti à manger du pain et à se lever pour marcher et nous priait de renvoyer notre visite.

Le malade, en effet, depuis cette époque, se levait et marchait quand il voulait. L'amélioration n'a fait que s'accentuer dans la suite. Actuellement son état général est très bon, il mange mais pas de tous les mets, il garde toujours une certaine répugnance pour la viande et il préfère surtout les fruits et les saucisses, il marche bien également, il court même en vélocipède, il fait des petits voyages avec son père et il a commencé à aller à l'école.

Réflexions. — Nous croyons que notre observation est intéressante à plusieurs points de vue. Voilà un enfant qui descend d'une famille de lettrés, dont la mère est mélancolique et se suicide, enfant qui, nous ne savons à la suite de quoi, tout à coup se refuse à manger, à parler, à se tenir debout et à marcher. Il refuse de manger pendant près de deux ans et avec une telle obstination qu'à la fin il ne se nourrit qu'avec une glace, qu'il prend dans l'espace de 24 heures. Il devient maigre, presque squelettique, son haleine est fétide et à tel point que, nous nous en souvenons, lorsque pour la première fois nous nous sommes approché de lui, nous avons senti une vraie répugnance. Si cet état allait continuer quelque temps encore, il l'aurait, nous n'en doutons pas, conduit à la mort. Nous nous rappelons, quand nous avions l'honneur d'être son élève, que notre maître, M. le Professeur Charcot, dans ses leçons à la Salpêtrière, en parlant de l'anorexie nerveuse, a cité un cas dans lequel l'issue a été fatale.

Pourquoi notre malade ne mangeait-il pas? Est-ce parce qu'il ne pouvait pas, comme cela arrive à certains hystériques, femmes surtout, qui sont prises de contractions énergiques des muscles du pharynx et de l'œsophage ou même de l'estomac, contractions qui ferment le passage aux aliments ou les rejettent au dehors aussitôt avalés, ou parce qu'il ne voulait pas manger? C'est cette dernière raison, il nous semble, qu'il faut invoquer dans notre cas. Le malade, d'ailleurs, l'avoue lui-même à son père, un jour, dans le courant du traitement : « J'ai faim parfois, dit-il, mais je fais exprès de ne pas manger. » Il ne mangeait donc pas par caprice, comme on dit, mais ce caprice, dans le cas présent, a atteint un degré extraphysiologique, il est devenu maladie, et à tel point que s'il avait continué encore quelque temps il aurait conduit le malade à la mort.

Ce n'était pas tout, notre malade présentait une triade pathologique dont les deux autres éléments restent à examiner. Il ne parlait pas non plus; il pouvait bien crier, comme nous avons vu, ce qu'il faisait d'ailleurs et même très fort à la moindre contrariété; donc l'organe de la phonation était sain et sauf et pouvait bien fonctionner, seulement le malade ne voulait pas articuler des mots, il avait une *alalie*, il avait du mutisme, mais non pas semblable au mutisme hystérique, qui tient en grande partie au larynx parce que ces malades ne peuvent pas émettre de hauts cris. Le manque de la parole de notre malade, croyons-nous, était dû aussi, comme son aphagie, comme son astasie-abasie que nous allons examiner bientôt, à une perversion de la volition, à une sorte d'inhibition qu'exerçait la conscience capricieuse du malade sur son centre psychique cortical de la mémoire de la parole, inhibition qui em-

pêchait le fonctionnement de ce centre. Ces vues d'explication théorique nous ont été suggérées par un fait caractéristique de l'histoire du malade, que nous allons rapporter plus bas à propos de la discussion du troisième symptôme ; de l'astasie-abasie.

Ce dernier syndrome a été observé chez notre malade aussi d'une façon précoce. C'était une astasie-abasie complète pouvant être classée au premier groupe, que notre maître M. le Professeur Charcot rapporte dans ses leçons. (*Leçons de Mardi à la Salpêtrière*, 1889, p. 356, etc.), c'est-à-dire à l'astasie-abasie dite paralytique ou parétique. Nous avons bien vu dans l'histoire de notre malade que celui-ci dans la station couchée pouvait exécuter tous les mouvements avec ses membres supérieurs et inférieurs en développant, même pour son âge, une grande force, ce que témoigne la lutte qu'il engageait toutes les fois qu'on voulait l'hypnotiser. Si l'on essayait de le mettre debout sur ses pieds, nous l'avons vu, il se laissait affaisser et tomber par terre comme une masse inerte. D'où venait cette impuissance du malade à se tenir debout et à marcher? Il n'avait certainement pas de lésion organique de l'axe cérébro-médullaire de laquelle relevaient ces symptômes. Nous avons essayé plus haut, à propos de l'alalie, de donner une explication théorique de notre cas. Le malade, selon nous, n'avait pas perdu la mémoire des mouvements nécessaires pour l'accomplissement de la marche et la réalisation de la station debout, non plus que la mémoire psychique des mouvements de la parole, mais ce qui empêchait l'accomplissement de ces actes (manger, parler, station debout et marche), c'était une sorte d'inhibition qu'exerçait le centre psychique supérieur de la conscience du malade sur ces divers centres psychiques secondaires de mémoire. Ce qui nous a fait accepter cette explication c'est le fait suivant : lorsque, après la suggestion forcée que nous avons appliquée dans ce cas, le malade avait commencé déjà à marcher un jour qu'il était sorti en compagnie de son père, ils rencontrent une personne connue d'eux, qui, en voyant le malade, s'approche de lui, et en lui serrant la main le complimente sur sa bonne santé ; à peine cette personne s'est-elle retournée en se séparant d'eux, que le petit malade, à cause d'une contrariété, s'affaisse par terre tout à coup et l'on a toutes les peines du monde à le relever.

Si nous avons cru devoir aborder l'explication théorique de notre observation, c'est parce qu'elle nous a semblé présenter des particularités intéressantes qui, ajoutées aux notions qui se trouvent si admirablement exposées dans les leçons sur l'astasie-abasie de notre maître, M. le Pr Charcot, aux documents consignés dans l'excellent mémoire de notre ami M. le Dr Blocq (*Arch. de Neurologie* nos 43-44, 188), aux données qui se trouvent dans les leçons de M. le Pr Grasset (*Montpellier Médical*, 1889) et à l'observation de Ladame (*Arch. de Neurologie*, 1889), pouvaient contribuer à compléter l'histoire de cette intéressante affection dont la description n'est pas encore trop vieille.

Il faut observer également que notre observation diffère de la plupart de celles qui ont été publiées jusqu'à présent, non seulement parce que dans celle-ci le symptôme astasie-abasie paraît différent dans son essence, mais en outre parce que celui-ci se trouve combiné avec d'autres symptômes nerveux, l'aphagie et l'alalie.

En dernier lieu, le point de notre cas qui présente un véritable intérêt et que nous voulons surtout mettre en relief, c'est la guérison de ce complexus symptomatique par la *suggestion forcée*.

Le traitement par la suggestion de ces affections nerveuses dynamiques, nous l'avons appris près de notre maître à la Salpêtrière et nous l'avons bien des fois et souvent avec succès pratiqué sur des malades hystériques de cet hôpital, qui contient un vrai trésor de pathologie nerveuse ; mais ce qui est nouveau, croyons-nous, dans notre cas, c'est l'application de la *suggestion forcée à l'état de veille*, qui a amené la parfaite guérison de notre malade. A ce propos, nous ne croyons pas inutile de faire remarquer que tout le monde n'est pas hypnotisable comme veut bien le dire l'Ecole de Nancy, contraire à l'enseignement du maître de la Salpêtrière ; notre cas en est une nouvelle preuve ; on ne nous fera certes pas le reproche que nous ne savions manier notre malade, parce que pendant notre externat dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, les hystériques et autres malades nerveux étaient à notre disposition, et Dieu sait combien de fois nous avons essayé l'hypnotisme sur eux.

Sur notre malade, nous l'avons déjà raconté, nous avons insisté et à plusieurs reprises pendant une heure et demie et même deux heures sans pouvoir obtenir aucun effet appréciable d'hypnotisation. Peut-être avec une certaine raison peut-on nous faire observer que notre malade, ne voulant pas se soumettre à l'hypnotisme, on ne devrait pas s'attendre à un résultat meilleur. En tout cas nous pouvons conclure que chez notre malade la guérison est due non pas à l'hypnotisme, mais *à la suggestion forcée à l'état de veille*.

LE CONGRÈS MUTUALISTE. — Le Congrès mutualiste, qui vient de se terminer, a émis les vœux suivants : 1° Qu'au moment de leur admission dans la Société, les candidats soient valides et exempts de toute cause de charge certaine pour l'association. — 2° Que 45 ans soit la dernière limite pour les admissions. — 3° Que l'admission de la famille entière soit de règle dans les Sociétés de secours mutuels. — 4° Que les malades qui ne peuvent être soignés à domicile soient admis gratuitement dans les hôpitaux. — 5° Que la durée de l'indemnité pécuniaire soit fixée à trois mois, sous réserve d'une prolongation selon la durée de la maladie et les ressources de la Société. — 6° Qu'aucun secours ne soit donné pour les maladies causées par la débauche, ni pour les blessures reçues dans une rixe, lorsque le membre participant a été l'agresseur, ni lorsque ce sociétaire est atteint d'aliénation mentale. — 7° Qu'on fasse imprimer sur le livret des sociétaires des principes d'hygiène et des notions thérapeutiques et que les Sociétés organisent des conférences médicales pratiques. — 8° Qu'on encourage l'usage des bains de propreté.

LE BEURRE ARTIFICIEL est d'un usage qui se répand de plus en plus. A Paris, la quantité de margarine mélangée au beurre naturel, en proportions variées, a égalé, en une année, celle qu'auraient produite 30,000 vaches. En Allemagne, 52 fabriques produisent annuellement 150,000 quintaux de beurre artificiel ; la Hollande en exporte chaque année 250,000 quintaux ; et enfin la *Commercial Manufacturing Company* de New-York en donne à elle seule 100.000 kilos par semaine. La production journalière des fabriques de l'Etat de New-York égale la quantité de beurre que fourniraient 300,000 vaches.

LE VIN FALSIFIÉ NE DATE PAS D'HIER. — Au seizième siècle les cabarets furent interdits aux hommes mariés, ayant « moult affaires en leurs ménages », et enfin et surtout les dits cabaretiers s'engageaient à ne vendre « que bon vin non falsifié ; » le tout sous peine d'une amende de 400 livres parisis. C'était l'age d'or des « francs buveurs. » Mais, hélas ! que peuvent les lois et les amendes contre les falsificateurs de profession ? On ne tarda pas à découvrir que le bois de teinture remplaçait fort avantageusement le jus de la treille : Les plus honnêtes ne mirent que de l'eau. Un poète philosophe chantait déjà :

« Quoique en tous lieux on frelate
« Les vins de toutes façons,
« Comme un autre Mithridate
« Mon corps s'est fait aux poisons. »

(*Revue internationale des Falsifications*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Tout à l'Égout et l'Assainissement de la Seine.

« Durand-Claye, l'ingénieur promoteur du Tout à l'Égout et à la Seine est mort. On ne peut donc pas demander qu'on le fusille. Mais franchement, aux jours sombres des révolutions, la colère populaire a lynché des hommes qui n'étaient que de petits criminels à côté de ceux qui ont fait à Paris une semblable honte. Allez donc voir cette pourriture, Parisiens! » (Jean-sans-Terre, *Petit Journal* du 12 août).

Nous arrivons maintenant à l'exposé des dispositions techniques du projet d'assainissement de la Seine, voté par le Parlement. La quantité des eaux d'égout de Paris est actuellement de 480.000 mètres cubes (1) par jour. Ces eaux doivent être élevées par les machines de l'usine municipale de Clichy pour être portées sur les champs d'épuration. L'écoulement des eaux d'égout est assuré en conduites libres sur la presque totalité du parcours, pour desservir non seulement Achères, mais au besoin le plateau de Méry-Pierrelaye et, au delà d'Achères, les Mureaux, soit environ de 6 à 7.000 hectares. Des ouvrages sont établis pour débiter 9 mèt. cubes 75 à la seconde (2). Le projet dans ces conditions pourvoit donc largement au débit des eaux d'égout de Paris, même additionnées au besoin de celles de la banlieue (environ 70.000 mètres cubes.)

Les travaux comprendront : 1° A partir de l'usine de Clichy, un siphon de 2m30 de diamètre qui raccordera un souterrain de même diamètre établi sous la Seine; — 2° Dans la traversée de la presqu'île de Gennevilliers, une conduite libre de 3 mètres de diamètre; — 3° Au Petit Gennevilliers, vis-à-vis Argenteuil, une usine de relèvement; — 4° A la suite, un pont de 220 mètres de longueur en trois travées de 70 mètres d'ouverture pour la traversée de la Seine, portant quatre conduites de refoulement de 1m10 de diamètre, en acier, prolongées jusqu'au plateau d'Argenteuil par deux autres conduits en acier de 1m80 de diamètre chacune. Ces conduites, à partir du pont, sont logées dans une enveloppe en maçonnerie de dimensions suffisantes pour en permettre la visite; — 5° A ce point, l'ouvrage se continue en conduite libre jusqu'à Herblay. Là se détachent trois conduites de 0m80 de diamètre sur galerie, franchissant la Seine en siphons pour gagner Achères; — 6° L'usine d'Argenteuil relèvera suffisamment les eaux pour desservir le plateau de Méry, Pierrelaye et les Mureaux, si cela est nécessaire.

D'après une délibération du Conseil municipal prise le 13 avril 1890, sur le rapport de M. Deligny, l'un des défenseurs les plus convaincus et les plus ardents du Tout à l'Égout et de l'Assainissement de la Seine, l'exécution de ces travaux nécessitera une dépense totale évaluée à 10 millions 500.000 fr. Cette somme devait être prélevée sur l'emprunt municipal de 1886. Malheureusement, une partie du crédit a dû être affectée à d'autres travaux. Cependant, à l'heure actuelle, le Conseil municipal leur a affecté 3 millions.

La partie du projet que nous appellerons administrative, c'est-à-dire l'accomplissement des formalités pour la mise en possession par la ville de Paris des terrains nécessaires à l'établissement des différents ouvrages et de la canalisation, peut être considérée comme définitivement réglée. Quant à la seconde partie, c'est-à-dire aux travaux, ils ont été commencés cette année : on travaille au souterrain sous la Seine entre Clichy et Asnières ; les substructions et les piles du pont sur la Seine, à Argenteuil, sont terminées et on doit adjuger prochainement toute la superstructure en fer; d'autres travaux secondaires ont été exécutés, par exemple pour la traversée du chemin de fer de Paris à Mantes par Argenteuil. Ces travaux sont poussés avec activité, mais il va de soi que leur exécution est subordonnée aux crédits qui seront mis à la disposition de l'ingénieur en chef, M. Bechmann, chargé de l'exécution.

Le Conseil municipal a voté dans sa dernière session un emprunt de 200.000.000, sur lesquels 25 millions doivent être affectés aux travaux des eaux et de l'assainissement. Or, ces ressources ne seront disponibles qu'après la première émission de l'emprunt (15 novembre 1893), en supposant que la Chambre des députés et le Sénat votent rapidement la loi approuvant cet emprunt. L'épidémie cholérique actuelle occasionnée en grande partie, nous le répétons, par la transformation de la Seine, d'Asnières à Poissy, en une sorte de *Petit Gange*, fait un devoir au Parlement de se hâter.

De son côté, le Conseil municipal devrait dès maintenant appliquer toutes ses ressources disponibles à l'exécution des travaux de Clichy à Achères, et examiner d'urgence toutes les propositions qui lui sont ou pourront lui être soumises dans le but de l'aider à finir cette entreprise. Déjà des offres ont été faites à la Ville de Paris, de la part de deux Sociétés, pour l'exécution des travaux et l'acquisition de tous les terrains nécessaires moyennant une concession pour l'exploitation et une redevance annuelle à déterminer. Lors de l'expiration du traité, les terrains feraient retour à la Ville. Nous sommes persuadé que le Conseil municipal s'empressera, à l'ouverture de sa prochaine session, d'examiner ces propositions.

Au lieu d'engager des polémiques irritantes, de menacer la Ville de Paris de lui intenter des procès, les communes riveraines agiraient plus sagement en invitant le Conseil municipal de Paris à pousser très activement l'exécution du projet d'Achères, conçu suivant les données de l'hygiène la plus rigoureuse et reposant sur des expériences qui se développent de plus en plus (1).

Tels sont l'économie et l'état actuel du projet à la défense duquel Durand-Claye a mis tous ses soins et pour la réussite duquel il n'a rien épargné. Tandis que les représentants de Seine-et-Oise, par leurs campagnes néfastes et contraires à tous les enseignements de l'hygiène, jetaient le trouble et la colère dans l'esprit des populations, poussaient les cultivateurs à refuser l'engrais productif que la Ville de Paris voulait mettre gratuitement à leur disposition, restreignant ainsi la superficie des terrains susceptibles d'être irrigués par l'initiative individuelle et parvenaient, en outre, à réduire de 300 hectares l'étendue du domaine que la Ville demandait à l'État, le « criminel » Durand-Claye, par ses publications, par ses conférences publiques, par ses entretiens fréquents avec les cultivateurs, par les visites qu'il les in-

(1) Dans sa lettre à M. Frédéric Passy, M. Defosse avance que la quantité des eaux d'égout de Paris est de 600.000 mètres cubes par jour ; c'est, on le voit, une sérieuse exagération.

(2) Dans son projet de canal à la mer, M. l'ingénieur en chef Fournié n'assurait qu'un débit de 8 mèt. cubes.

(1) Nous croyons utile de rappeler ici que les *professeurs d'hygiène* des six Facultés de médecine de France sont tous partisans du Tout à l'Égout et de l'utilisation agricole des eaux d'égout ; qu'il en est de même des trois journaux spéciaux : la *Revue d'Hygiène*, le *Journal d'Hygiène* et la *Revue sanitaire*. Qu'enfin, tous les *Congrès internationaux*, depuis plus de quinze ans, se sont prononcés en faveur de ces deux méthodes d'assainissement.

vitait à faire à la plaine de Gennevilliers, véritables leçons de choses, essayait courageusement de détruire les préjugés, de démontrer, par des faits irrécusables, les erreurs innombrables et souvent voulues des adversaires de l'utilisation agricole des eaux d'égout. Trois ans et demi se sont écoulés depuis le vote du projet d'assainissement, et il est certain que si une mort prématurée n'avait enlevé Durand-Claye, l'utilisation agricole accomplirait maintenant son œuvre bienfaisante dans les terrains d'Achères, que la pollution de la Seine aurait en grande partie disparu, et que l'épidémie cholérique, qui a sévi dans la banlieue de Paris, ne se serait pas produite. C'est qu'en effet Durand-Claye, en raison de la haute situation qu'il avait conquise, aurait réclamé et obtenu la part de l'emprunt de 1886 qui devait être affectée à l'assainissement de la Seine.

Toutefois, les violentes attaques d'une partie de la presse politique auront pour conséquences, nous l'espérons : 1° d'obliger le département de Seine-et-Oise à supprimer les causes d'infection de la Seine qui lui incombent, en amont et en aval de Paris ; — 2° de pousser le Conseil municipal de Paris et l'Administration à étudier les voies et moyens permettant au service spécial et à son habile directeur, M. Bechmann, d'apporter la plus grande activité à l'exécution de cette grande réforme d'hygiène, l'*Assainissement de la Seine*, complément indispensable de l'*Assainissement de Paris*. BOURNEVILLE.

ÉCOLES MUNICIPALES D'INFIRMIÈRES. — Les cours recommenceront mardi soir à 8 heures à la Pitié et à Bicêtre et mercredi soir à la même heure à la Salpêtrière.

CIRCULAIRE RELATIVE AUX ASPIRANTES AU DIPLÔME DE SAGE-FEMME DE 1re CLASSE. — M. LÉON BOURGEOIS adresse la lettre suivante aux recteurs des différentes académies : M. le Recteur, mon attention a été appelée sur les inconvénients croissants que présente trop souvent l'insuffisance de l'instruction première des aspirantes au diplôme de sage-femme. En conséquence, j'ai décidé de rapporter les dispositions de la circulaire du 13 juin 1888. La possession du certificat d'études primaires ne dispensera plus, en aucune façon, les aspirantes au titre de sage-femme de première classe, de l'examen préparatoire institué par l'arrêté du 1er août 1879. Vous voudrez bien en informer MM. les doyens et directeurs de votre ressort académique et les inviter à porter cette décision à la connaissance des intéressées. Recevez, etc. *Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.* — LÉON BOURGEOIS.

LE MÉDECIN ET SON CONCIERGE. — Un de nos confrères ayant changé d'appartement, son ancien concierge crut devoir refuser sa nouvelle adresse aux clients qui venaient le consulter. Notre confrère assigna cet homme aimable et le propriétaire, son patron, comme civilement responsables. Le Tribunal . . . . Attendu qu'après son départ de la maison, le concierge, bien qu'il connût la nouvelle adresse du docteur B..., refusait de la donner, répondait aux personnes qui la demandaient : « Inconnu », ou bien : « Parti sans laisser d'adresse », etc., etc. Attendu que le Dr B... établit aussi qu'il a directement averti le propriétaire de cet état de choses, qui lui causait un grave préjudice, qu'il n'a pas été plus heureux dans ses démarches auprès du propriétaire qu'il ne l'avait été auprès du gérant ; qu'il n'a même pas reçu de réponse, etc. Condamne concierge et propriétaire à payer conjointement au Dr B... la somme de 1,000 francs. Condamne les mêmes à tous les dépens. *Nouveau Montpellier Médical*.

MISSION SCIENTIFIQUE. — Le *Bulletin Médical de l'Algérie* nous apprend que M. le Gouverneur général vient de charger M. le Dr RAYNAUD, ex-préparateur à l'École de Médecine d'Alger, d'une mission scientifique dans la région de l'Aurès, à l'effet d'y étudier les affections des yeux et de la peau qui sévissent sur les indigènes de cette contrée. — On annonce que M. le Dr TROLARD est en ce moment à l'Institut Pasteur, envoyé par le Gouverneur général de l'Algérie, pour s'initier aux opérations du système Pasteur, afin de créer une [illegible] de cet établissement dans la capitale algérienne. Si le projet aboutit, les Algériens mordus ne feront plus le voyage de Paris.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

XXIe Congrès tenu à Pau en 1892.

Communications faites dans la *séance du* 19 *septembre* 1892, à 2 heures 1/2.

Action de la bactéridie charbonneuse sur les leucocytes. — M. le Dr MAUREL (de Toulouse) pose d'abord cette loi qu'il a établie par des travaux antérieurs : que toute cause qui tue les leucocytes d'un animal tue cet animal. Il établit les recherches qu'il a faites pour étudier le rôle des leucocytes dans l'infection charbonneuse, sa guérison ou sa mort. Il a, par des inoculations de bactéridies chez le lapin, marqué que la bactéridie *virulente* tue les leucocytes et l'animal. Au contraire, les leucocytes résistent à la bactéridie du vaccin qui épargne le lapin. Il y a enfin concordance parfaite entre le moment où meurent les leucocytes et celui où meurt l'animal. Chez l'homme, au contraire, les leucocytes absorbent les bactéridies virulentes, et cependant il est tué rapidement. Dans la guérison par le traitement iodé, ils interviennent d'une manière active, et ils doivent partager leur succès avec l'iode. Il en est de même dans la guérison spontanée, mais ils trouvent un auxiliaire indispensable dans l'action atténuative du milieu.

M. CÉZERAC DE MARSALLE présente un nouveau stéthoscope analogue à celui de Constantin Paul, mais plus petit et par suite plus maniable.

Progrès de la thérapeutique des inflammations chroniques et des néoplasies de l'appareil génital de la femme. — M. le Dr DOLÉRIS (de Paris). — Avant ces dernières années, l'expectation était de règle dans les inflammations et, néanmoins, on avait des succès inespérés. L'antisepsie survenant, on a opéré à outrance; il semble qu'aujourd'hui on doive revenir à une chirurgie plus conservatrice. On peut traiter les inflammations chroniques de l'appareil génital par le curettage dans les cas modérés. On réservera l'ablation des annexes génitaux et la castration utérine aux cas graves. Pour les diagnostiquer on ne se fiera pas à l'intensité des douleurs qui peuvent être très fortes avec une lésion très faible chez des femmes nerveuses. — L'auteur connaît des malades à qui des médecins avaient affirmé la nécessité d'une opération radicale et qui sont devenues enceintes. D'autres, traitées par le curettage, sont devenues enceintes. L'auteur a ainsi une statistique de 8 femmes qui sont devenues enceintes sur 100 soignées. On doit donc réserver aux seuls cas graves les opérations radicales. Dans une seconde partie, l'auteur traite de l'opération des fibro-myomes utérins. Il s'élève contre la temporisation. Il regarde comme méthode de choix l'ablation par la voie abdominale suivant la méthode de Guermonprez.

M. AMET (de Sézanne, Marne) présente de nouveaux verres de contact construits par MM. F. Benoist, L. Berthiot et Cie, sur les indications du Dr Sulzer de l'Université de Genève.

Nouveau rhéostat continu destiné à l'électrothérapie. — M. BERGONIÉ (de Bordeaux). — Les modèles de rhéostats médicaux sont compliqués, et peu d'entre eux sont continus. Or, le rhéostat qu'il présente permet de faire croître l'intensité du courant progressivement et d'une manière continue : de la sorte les phénomènes douloureux sont réduits à un minimum.

M. CAUBET est élu président par 28 voix sur 32. M. Henry Huchard est réélu délégué, et M. Demons, délégué pour la commission des subventions.

Sur un cas d'œdème pulmonaire à la suite de couches. — Mme GACHES SARRAUTE. — L'auteur l'a observé chez une Brésilienne de 34 ans à sa 4e grossesse. L'œdème et la fièvre se produisirent 24 heures après l'accouchement. Elle avait un rétrécissement mitral et toutes ses grossesses avaient déterminé des symptômes analogues. L'œdème persista 7 jours, puis il se produisit une polyurie et la guérison.

M. le Dr POMMIER (de Pau) présente une note sur sept laparotomies pratiquées avec succès à l'hôpital de Pau dans le commencement de l'année 1891-1892.

Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver. Péritonite traumatique. Guérison sans opération. — M. le Dr ARIS (de Pau). — L'entrée du projectile a eu lieu à trois centimètres au-dessous de l'ombilic. L'auteur pense que l'intestin grêle a été perforé. Il y a eu les symptômes de péritonite : ballonnement, aspect péritonéal, faiblesse du pouls. Grâce à la médication par l'opium, la guérison a été obtenue.

Contribution à l'étude de la diphtérie. — M. le Dr FERRÉ (de Bordeaux). — Dans un cas d'angine bénigne d'aspect diphtérique, chez un enfant diabétique, l'auteur a isolé des bacilles diphtériques et des staphylocoques. Or, le bacille diphtérique inoculé aux cobayes et aux lapins s'est montré virulent.

Pour reconnaître si la virulence n'était pas due au diabète de l'enfant, l'auteur a cultivé le bacille dans un milieu glucosé et a reconnu que sa virulence s'atténuait facilement. Celle du staphylocoque dans le même milieu de culture s'est atténuée bien plus lentement.

Un cas d'appendicite. Heureux résultat de l'intervention chirurgicale. — M. le Dr TACHARD (de Montauban). — Le malade a été atteint subitement d'une très vive douleur au niveau de la région crurale. Le lendemain, il y avait du gonflement local. Il fut opéré le dixième jour par le procédé de Roux. On évacua un litre et demi de pus mal lié d'une odeur infecte. On ne trouva pas l'appendice, on sutura et on draina. Il y eut réunion immédiate de la plaie. Le douzième jour le malade se lève et la guérison est assurée.

De la valeur des opérations économiques et de la résection typique du genou. Statistique de cent cas de cette dernière opération. — M. le Pr OLLIER (de Lyon) pense que l'on doit continuer à préférer l'arthrotomie du genou aux opérations plus récentes de grattage et d'arthrectomie que, grâce à l'antisepsie, on a préconisé dans ces derniers temps. En effet, la tuberculose osseuse ne peut être ainsi traitée, puisque l'os malade ne serait pas atteint par l'instrument; la tuberculose limitée aux synoviales, la seule justiciable de l'arthrectomie, existe il est vrai, mais on ne peut assurer qu'elle ne soit pas propagée aux parties osseuses sous-jacentes et à l'épiphyse, et en ce cas l'arthrectomie serait mauvaise. On peut par l'arthrectomie laisser des tubercules épiphysaires dont il est impossible de soupçonner la présence.

Dans la première enfance seule ces opérations économiques sont indiquées, car il faut alors craindre par une trop large intervention d'amener l'atrophie du membre. Il n'en est pas de même chez l'adulte. Quant à la crainte du raccourcissement, elle ne doit pas exister, car les malades peuvent marcher avec des raccourcissements de 4 à 5 centimètres. M. Ollier a même vu un cas où le raccourcissement, bien qu'atteignant 13 centimètres, ne s'opposait cependant pas à la marche. Quand chez un ankylosé en extension le malade n'a pas de raccourcissement, il marche en fauchant et d'une façon pénible. M. Ollier a eu des malades qui, ankylosés avec du raccourcissement, sont arrivés à exécuter sans peine de longues marches dans les montagnes.

L'arthrotomie empêche la fièvre et les accidents infectieux consécutifs, car elle donne une surface de section large et nette qui permet mieux une antisepsie rigoureuse. M. Ollier examine les résultats de la première série de 100 résections du genou. Au début de ses opérations, il avait une mortalité assez forte, quand il a commencé à pratiquer l'antisepsie, cette mortalité est tombée à 10 0/0 et maintenant on n'a plus de mortalité. On s'adressera à des sujets non cachectisés et qui ne sont pas à la seconde ou troisième période de la phtisie. Il enlève le pansement et les drains au bout de 40 jours. On a voulu simplifier l'arthrotomie en supprimant l'hémostase, le drainage et même la suture; en ce cas, on n'enlève la bande d'Esmarch qu'une fois le pansement fait. Mais si on n'a pas lié les artères, on s'expose à une hémorrhagie qui forcera à défaire les pansements et les sutures, et cette crainte n'est pas compensée par les quelques cas heureux qu'on a pu citer.

On ne doit se passer de drainage que quand on traite une ankylose ou qu'on pratique une résection orthopédique ; mais, quand le terrain est infecté, le drain est nécessaire ; car on peut oublier quelque partie malade qui pourra ainsi s'éliminer. Mais il est absolument indispensable, dans ces cas graves avec foyers suppuratifs, que quelques auteurs regardent comme une contre-indication. M. Ollier opère au contraire quitte à amputer, soit immédiatement, soit 3 et 4 mois après l'opération, s'il est nécessaire. Sur 14 opérations graves, il a été obligé d'amputer trois fois après avoir commencé une résection. Si on ne fait pas de sutures osseuses, on devra craindre une pseudarthrose et un membre flottant. Avec les fils métalliques, il est vrai, on peut craindre de ne pas pouvoir les détordre quand le moment sera venu de les enlever, car on ne sait le nombre de torsions qu'on a pratiquées. Mais, avec la suture tubulée (tube de plomb), on évite cet inconvénient. La pseudarthrose peut cependant en quelques cas être favorable, quand on ne fait que de simples décortications diarthrodiales, c'est là la voie de l'avenir, bien qu'à présent on ne puisse encore l'affirmer. Néanmoins, M. Ollier a observé une jeune fille chez qui, par inadvertance, on avait laissé relâcher l'appareil de contention ; elle a ainsi obtenu quelques légers mouvements qui lui sont précieux dans la marche. On ne peut affirmer ce que deviendront ces mouvements, l'opération datant d'un an à peine, mais ce sera là bien certainement une malade intéressante à suivre.

M. PAMARD (d'Avignon) a eu un malade dont la jambe ankylosée en extension forcée gênait tellement la marche qu'il fut forcé de pratiquer la résection ; elle donna un résultat favorable. Il y a donc avantage, comme disait M. Ollier, à obtenir un raccourcissement dans l'ankylose.

M. POMMIER (de Pau) demande si le traumatisme opératoire n'a pas eu d'influence sur l'état général.

M. OLLIER répond qu'il a vu chez beaucoup les phénomènes de phtisie s'amender et disparaître quand cette phtisie était au début. Néanmoins, il faudra craindre, si on opère un cachectique ou un fébricitant, de donner un coup de fouet à la tuberculose.

M. PAMARD (d'Avignon) va plus loin que M. Ollier; il a opéré un enfant absolument cachectique et n'ayant plus que le souffle, qui par la suite est redevenu bien portant, vigoureux et alerte.

M. DEVALS rappelle l'opinion de Velpeau qui disait que l'opération d'une tuberculose chirurgicale avait pour conséquence de dessécher le sommet du poumon.

Etude des principaux effets circulatoires locaux et généraux de la révulsion cutanée. — M. François FRANCK. — L'analyse physiologique a permis de préciser les effets vasculaires des révulsions : elle a d'abord montré, à côté de la congestion locale connue, l'effet général qui est l'élévation souvent considérable de la pression artérielle; puis, perfectionnant ses méthodes, elle a établi que le spasme vasomoteur qui cause cette hypertension n'est pas *total*, comme on l'avait supposé, mais limité aux vaisseaux de la profondeur (viscères abdominaux) ; en même temps se produit une vasodilatation cutanée qui joue, pour l'auteur, le rôle important de *réaction compensatrice* et atténue la conséquence mécanique de l'effet vaso-constricteur profond.

Les expériences de F. F., dont un type est présenté, portent comparativement sur un organe profond (le rein, le testicule), sur un tissu périphérique (l'une des extrémités) et sur la pression artérielle générale. Elles sont exécutées soit, et de préférence, avec des appareils volumétriques, soit, pour contrôle, avec des manomètres appliqués au bout périphérique des artères viscérales ou superficielles. Elles montrent avec détail l'apparition des effets vaso-moteurs dans les deux systèmes et la résultante déterminée sur la pression artérielle générale.

L'application des données expérimentales se déduit directement des faits précédents :

1° La vaso-constriction profonde produit la décongestion viscérale, en même temps que la vaso-dilatation superficielle détermine une véritable dérivation.

2° Le danger théorique de l'hypertension est écarté par la compensation qui résulte de la dilatation des vaisseaux superficiels qui est un phénomène actif (réflexe) au même titre que la vaso-constriction et non un acte passif produit par l'excès de poussée artérielle.

3° Cependant, la correction de l'hypertension réflexe n'est pas instantanée. Cette extrême tension artérielle n'a-t-elle pas le temps de produire de fâcheux effets ?

Du côté des viscères abdominaux, on est rassuré, l'expérience y ayant démontré une énergique vaso-constriction qui

peut supprimer l'accès du sang dans le tissu ; mais on ignore ce qui se passe du côté du poumon, de l'encéphale, et on peut craindre des troubles cardiaques réflexes et consécutifs.

F. F. a institué de nouvelles expériences qui font suite à ses recherches antérieures sur la circulation pulmonaire et cérébrale ; il montre que le poumon comme le cerveau, aussi bien que les viscères abdominaux, et par le même mécanisme, sont préservés des congestions par excès de poussée artérielle et, d'autre part, bénéficient également de la révulsion qui les décongestionne par le même procédé. Quant au cœur, *s'il est normal*, il suffit largement à l'augmentation passagère de travail qui lui incombe.

4° Certaines contre-indications peuvent être formulées à l'emploi des *révulsions violentes, soudaines* et *douloureuses* (pointes de feu, ventouses, etc.) : l'état pathologique des artères qui ne peuvent supporter l'excès de pression sans danger de rupture, et l'état pathologique du cœur, surtout myocardite et insuffisance aortique : l'asystolie et la syncope sont à redouter, mais seulement dans les cas de surprise douloureuse.

5° Les bons effets profonds et superficiels de la révulsion ne sont pas tous explicables par les modifications circulatoires : une large part doit être faite aux effets nerveux purs (inhibitoires et dynamogéniques) qui seuls peuvent expliquer le bénéfice des révulsifs dans les états syncopaux, dans la douleur, et dans les altérations multiples des maladies organiques.

Note sur sept laparotomies dont cinq ovariotomies pratiquées avec succès à l'hôpital de Pau, dans le commencement de l'année 1891-1892. — M. le Dr Pommier (de Pau). — Une de ces laparotomies a été faite pour un kyste séreux du ligament gastro-splénique. Cette observation est très rare. Il traita ce cas par marsupialisation ; c'est-à-dire suture en collerette aux lèvres de l'incision.

Un travail sur les sanatoria de montagne à l'occasion de la *création d'un de ces établissements aux Eaux-Bonnes* est présenté par M. le Dr Devalz (de Pau).

Sur la valeur séméiologique de l'anesthésie de l'arrière-gorge et de l'épiglotte comme stigmate de l'hystérie. — M. Mossé (de Toulouse). — L'anesthésie de l'arrière-gorge et de l'épiglotte a été regardée comme un symptôme important de l'hystérie. Néanmoins M. Pitres avertit, dans ses leçons sur l'hystérie, de ne pas le considérer comme un signe pathognomonique. M. Mossé a exploré les divers modes de la sensibilité au contact et à la douleur. Il y a parfois de petites difficultés pratiques. Ainsi pour l'exploration de l'épiglotte, si on porte les doigts sur cet organe après avoir déjà exploré la partie postérieure du pharynx et obstrué ainsi plus ou moins longtemps les voies aériennes supérieures, le réflexe épiglottique peut paraître se produire beaucoup plus vite que si on porte tout d'abord son attention sur cet organe. Il en est de même de la pression sur la base de la langue, de la tension involontaire du voile du palais, etc., etc. De ces recherches, il résulte que la sensibilité du voile du palais, de l'arrière-gorge et de l'épiglotte est très souvent diminuée, quelquefois même supprimée, en dehors de l'hystérie. On ne doit donc pas attribuer une valeur séméiologique de quelque importance à l'altération ou à la disparition de cette sensibilité comme signe de l'hystérie. MM. Cadet de Gassicourt et Rendu avaient déjà mis en garde contre cette erreur.

M. Pitres a examiné 1,200 sujets sains et réuni 60 cas d'hystéries féminines et 25 masculines. Il a trouvé qu'il y avait une différence insignifiante entre l'abolition des reflexes rotuliens entre les sujets sains ou hystériques, 33 0 0 environ chez les premières, 35 à 37 pour les seconds. Il en est donc de même pour le réflexe pharyngé.

Séance du mardi 20 septembre (soir).

Suffusion sanguine pendant une attaque d'épilepsie. — M. Cabadé (d'Agen) — La suffusion sanguine produite après une attaque partait du cou et allait jusqu'à la crête iliaque. L'épanchement sanguin se résorba très lentement.

Note pour servir à l'étude du traitement de l'amblyopie d'origine syphilitique. — M. le Dr Boé (de Paris) a observé un malade atteint de rétinite syphilitique, qui avait eu les premiers accidents spécifiques huit ans auparavant. Malgré le traitement à l'iodure de potassium, l'acuité visuelle continuait à baisser ; il ordonna alors des frictions mercurielles et l'acuité visuelle se rétablit.

Etiologie de la lèpre. — M. le Dr L. Azoulay (de Paris) a observé, chez cinq lépreux qu'il examina à l'hôpital Saint-Louis et à Laënnec, à Paris, un goût excessif pour le sel, dont l'un même mangeait à poignées. Ce dernier avait toujours à portée de la main un vase de sel rempli. Cette appétence pour le sel serait un symptôme de la maladie. Mais ne pourrait-elle être une cause prédisposante. C'est un point très important si on réfléchit qu'on n'a pas trouvé de terrain de culture favorable au bacille. Autrefois, les gens abusaient de conserves alimentairee et la lèpre était très répandue. Il serait utile de rechercher si, dans les points de l'Europe où la lèpre persiste, on n'emploierait pas dans l'alimentation les conserves alimentaires ; il est probable qu'il on est ainsi en Suède et en Norvège, où la lèpre est si fréquente.

M. Thermes remarque qu'à la Guadeloupe et à la Martinique on consomme beaucoup de poisson salé. Or, la race nègre qui en consomme le plus a la lèpre tuberculeuse, les blancs qui en mangent moins n'ont que la lèpre anesthésique.

M. Félix Regnault (de Paris) n'a pas remarqué aux Indes, chez les quelques malades européens qu'il a interrogés, ce goût spécial du sel. Quant aux malades indigènes, il ne put se faire comprendre. Il serait utile d'envoyer un questionnaire demandant aux médecins des principales léproseries de se renseigner à ce sujet.

M. le Dr Tison (de Paris) présente un nouvel antiseptique : *le lysol.*

Sur une vertèbre lombaire pénétrée par une flèche de silex. — M. Emile Carteilhac (de Toulouse). — Elle a été trouvée dans la grotte de Saint-Martory, au bord de la Garonne, et date de la fin de la pierre taillée. La flèche avait pénétré d'un centimètre et avait déterminé la mort rapide, car il n'y a pas formation d'os.

De la suture des sphincters dans l'opération de la fistule à l'anus. — M. le Dr Nicuse. — On doit se préoccuper des inconvénients possibles à la suite de section des sphincters. Il faut pratiquer la réunion immédiate après l'incision de la fistule anale. L'incontinence est à craindre dans deux cas : 1° Celui où les fistules traversent le sphincter externe ou les deux sphincters. Elle sera évitée, au moins celle des matières solides, s'il reste au-dessus de la fistule un anneau sphinctérien assez considérable. 2° Celui où les fistules s'ouvrent au-dessus des sphincters : c'est le cas où on peut observer le plus souvent l'incontinence, le sphincter étant coupé dans toute sa hauteur. On devra dans ce cas faire d'abord une suture profonde, réunissant la section musculaire, puis une suture superficielle cutanéo-muqueuse.

II. — Section d'Hygiène.

De la surveillance des viandes livrées à la consommation. — M. le Dr Henrot (de Reims) a attiré l'attention sur le danger que présentent dans les villes les tueries particulières ou clandestines d'animaux de boucherie et la nécessité de mesures défensives à leur égard. La viande malsaine ou contaminée est un des véhicules des maladies, comme le lait, si dangereux pour la transmission de la tuberculose. Si l'abattoir interdit la vente de toutes les pièces reconnues suspectes d'après l'examen des viscères, on est désarmé devant ces entreprises privées qui s'établissent dans les faubourgs, échappant aisément à la surveillance.

La discussion qui suit montre la généralité du mal. M. le Dr Livon montre qu'il existe à Marseille, M. le Dr Longa, à Bordeaux, M. le Dr Tison, aux environs de Paris.

De la marche de l'épidémie cholérique actuelle en Russie et des mesures prises pour la combattre. — M. Dekkerem (de Saint-Pétersbourg). — L'apparition du choléra fut brusque ; il vint du Turkestan et apparut dans le Caucase et au sud de la Russie. On prit des mesures énergiques et on envoya des médecins suppléants aux points contaminés et spécialement à Nijni-Novgorod. La foire annuelle put s'y tenir sans aggravation de l'épidémie.

C'est là la première période d'invasion de l'épidémie. Dans la seconde ou celle de propagation vers le centre de la Russie, celle-ci eut une marche spéciale, elle ne suivit pas les chemins de grandes communications (routes, voies ferrées, rivières). Elle fit peu de victimes dans les grandes villes qui sont cependant dans une mauvaise situation hygiénique, et elle s'abattit sur des localités où on l'attendait le moins. C'est qu'en effet, des mesures sanitaires énergiques : visites minutieuses, commissions sanitaires dans les quartiers ouvriers, chambres de désinfection... furent prises dans les grandes villes. Le nombre des décès fut moindre à Nijni, Moscou et Pétersbourg pendant trois mois que n'en eut la ville de Hambourg à elle seule dans les trois premières semaines.

Sur l'assainissement de Paris. — M. VAUTHIER (de Paris), ingénieur des ponts et chaussées. — L'auteur montre que l'épandage méthodique et en quantité proportionnée sur un sol perméable est la seule solution efficace et pratique. On ne peut, à Paris, pratiquer « le tout à la mer » à cause de l'insuffisance de la pente. Or, on a autant de terrains d'épandage qu'il est nécessaire dans les environs de Paris.

Des avantages qu'avait une grande ville comme Marseille de pouvoir pratiquer le tout à l'égout avec jet direct à la mer. — M. le Dr LIVON (de Marseille). — Les conditions dans lesquelles sont placées les villes diffèrent suivant que l'on considère une ville d'intérieur ou une ville maritime. Parmi les villes maritimes il y a encore à différencier celles qui sont placées sur les bords des océans et celles qui sont placées sur les bords d'une mer intérieure, sans marées, comme la Méditerranée. Pour ces dernières, l'opinion du Dr Livon est que le meilleur procédé d'assainissement est de tout jeter à la mer, loin des ports, ceci est un point capital, et loin des plages, qui sont les lieux de rendez-vous des bains de mer. On a reproché au projet d'assainissement actuel de Marseille de ne pas faire de l'épandage et de perdre ainsi une quantité considérable d'engrais. Comme le fait remarquer l'auteur de la communication, l'épandage est très bon quand on a à sa disposition des terrains convenables et en assez grande quantité pour pouvoir recevoir *toutes* les eaux d'égout, afin de ne plus polluer les cours d'eau. Mais on ne peut trouver dans les environs de Marseille des terrains qui réunissent les conditions nécessaires pour faire de l'épandage dans de bonnes conditions ?

Assurément la solution cherchée est de pouvoir transformer facilement, pour les utiliser, toutes les matières fécales provenant des villes. Ce jour-là le problème sera résolu, mais jusque-là il conclut que le mieux pour une ville placée dans les conditions de Marseille est de tout jeter aussi rapidement que possible à la mer.

De l'étiologie du goître et du crétinisme dans les Pyrénées centrales. — M. le Dr CHOPINET (de Lérouville), médecin-major. — Ces deux états pathologiques s'observent dans le fond des vallées avec d'autant plus de fréquence qu'on s'avance vers leurs débouchés. Il faut admettre la multiplicité des causes dans la pathogénie de cette affection. L'humidité, la malpropreté des maisons, le défaut d'aération et de lumière solaire, la mauvaise alimentation sont des causes fréquentes. La maladie s'atténue actuellement et disparaît même de certains villages par les progrès de l'aisance et de l'hygiène. Le lias schisteux semble être la seule cause géologique à invoquer.

Des injections hypodermiques d'eaux minérales au point de vue thérapeutique. — M. le Dr AIGUEIÈS GAZOST. — Cette expérimentation a été tentée dans des bronchites et des tuberculoses pulmonaires. Les effets thérapeutiques consistaient en une suractivité imprimée aux sécrétions et amélioration de l'état général.

Empoisonnement par les champignons. — M. BOURQUELOT (de Paris) a fait une enquête sur l'empoisonnement par les champignons d'une famille des environs de Paris. Ils avaient pris par erreur « l'amanita phalloïdes » pour le cèpe pale.net

Sur la myopie plus fréquente aujourd'hui qu'autrefois. — M. RITTER. — L'usage du tableau noir dans les classes est beaucoup trop répandu et un grand nombre d'élèves éloignés du tableau se fatiguent ainsi les yeux. De plus, les classes sont insuffisamment éclairées. Enfin souvent on emploie des livres classiques d'une impression défectueuse. Il faut modifier tous ces inconvénients, ce qui est facile et amènera certainement une amélioration.

Adduction d'eau potable à Paris et évacuation des eaux d'égout. — M. le Dr DELTHIL (de Paris) propose de se servir de l'eau de Seine qu'on pourrait très bien employer si on défendait de verser les égouts dans les rivières et si on prenait au moyen d'un aqueduc l'eau de Seine au delà de Paris.

Séance du 21 septembre (matin).

Fracture du pariétal droit. Troubles trophiques et moteurs. Trépanation neuf ans après l'accident. — M. le Dr ARIS (de Pau). — C'est une fillette qui fit une chute à l'âge de 3 ans 1/2 ; il en résulta une fracture du pariétal droit avec paralysie flaccide du côté gauche suivie de troubles trophiques. La trépanation pratiquée 9 ans après montra que l'agent de la compression était des ostéophytes qui avaient excavé la substance cérébrale.

De la valeur thérapeutique des eaux chlorurées sodiques naturelles et artificielles en gynécologie. — M. le Dr DE LOSTALOT BACHOUÉ (de Salies-de-Béarn). — La composition chimique des eaux chlorurées sodiques n'a pas l'importance qu'on lui attribue, la combinaison des éléments chimiques entre eux plutôt que la quantité proportionnelle de ces éléments pourrait peut-être expliquer la façon suivant laquelle agit le traitement chloruré sodique. Les indications des eaux chlorurées sodiques fortes sont les fibromes non hémorrhagiques ou peu hémorrhagiques, les métrites catarrhales et leucorrhéiques, les contre-indications sont les salpingites aiguës ou subaiguës.

Des troubles moteurs dans la neurasthénie. — M. le Pr PITRES (Bordeaux). — Quand on se trouve en présence d'un syndrome on se demande d'abord s'il est d'origine organique ou fonctionnelle. Quand il est purement fonctionnel, il faut se demander à quelles familles, vésanique, hystérique, épileptique, erratique, ils appartiennent. L'auteur appelle l'attention sur des phénomènes neurasthéniques qu'on nomme à tort hystériques. Le tremblement, le symptôme le plus important, existe dans les 2/3 des cas de neurasthénie. Il est identique à celui du goître exophtalmique. Il siège aux membres, est petit, vibratoire et se produit dans le serment. Il ressemble au prétendu tremblement alcoolique qui est loin d'avoir la cause qu'on lui attribue. Ce tremblement est un des bons stigmates de cette névrose.

Les autres troubles moteurs sont bien plus rares : ce sont des crampes plus fréquentes le jour que la nuit, sans fatigue ni cause connue et qui souvent gênent un peu la marche, des secousses musculaires ressemblant d'une façon absolue au paramyoclonus multiplex. Les spasmes rythmiques du cou, de la langue, du diaphragme, les contractures de l'œsophage sont uniquement liés à la neurasthénie.

L'abasie peut exister dans la neurasthénie et chez des personnes n'ayant aucun stigmate ni symptôme hystérique. La claudication intermittente se présente chez des neurasthéniques. Une fatigue précoce des bras, absolument hors de proportion avec l'acte et amenant une paralysie momentanée, s'est offerte chez une malade. L'abolition du réflexe rotulien est dans le même cas, et quand elle se combine avec le signe de Romberg, on a un pseudo-tabes peut-être neurasthénique. Enfin, 8 ou 10 fois, il a vu des pupilles très sensibles à la lumière être très réfractaires à l'accommodation ; c'est l'inverse du signe d'Argyll-Robertson.

La neurasthénie est plus durable que l'hystérie. De sorte que les accidents qu'elle détermine sont de plus de durée et guérissent plus tardivement que des accidents hystériques similaires. On n'hypnotise pas le neurasthénique ; on ne peut le traiter par cette médication.

Gangrène de l'épiploon par torsion sur lui-même. — M. DEMONS (de Bordeaux). — Il s'agit d'un homme atteint de hernie inguinale. A la suite d'un effort cette hernie s'étrangla et le malade se présenta à l'hôpital trois jours après. L'opération fut pratiquée et on trouva dans le sac une masse volumineuse épiploïque déjà noire. Pour sectionner l'épiploon le plus loin possible, le chirurgien tenta de l'attirer à lui mais il ne put. Il

fit néanmoins la section et fit la cure radicale de la hernie. Le lendemain soir, le malade fut pris de symptômes de péritonite. On pratiqua la laparotomie et on tomba sur une masse gangrénée qui était resserrée par une double torsion de l'épiploon, ce second lien était situé au-dessous du côlon transverse. Ce cas est le seul à la connaissance de l'auteur, où une torsion épiploïque ait déterminé la gangrène.

M. le Dr CHAUMIER (de Tours) *présente un cas de pseudo-paralysie syphilitique tertiaire avec guérison.* — Le point important est la diminution spontanée sans aucun traitement de la pseudo-paralysie. La jointure était presque guérie au moment où il a vu l'enfant.

La section de médecine a terminé ses travaux mercredi matin. M. Caubet a été proclamé président pour le prochain Congrès qui se tiendra à Besançon. Des applaudissements chaleureux ont remercié M. Demons du zèle et de la bienveillance avec lesquels il a présidé aux travaux du Congrès.

Dans l'après-midi s'est tenue l'assemblée générale. Elle a été agitée. Le conseil, qui n'avait pas cru devoir tenir compte du vœu concernant l'obligation de la variole adopté à l'unanimité par les deux sections de médecine et d'hygiène, a été vivement blâmé. Mais tout s'est calmé, quand M. Bouchard a donné publiquement son assurance qu'il était favorable à ce vœu. On sait que c'est M. Bouchard dont les travaux sur les vaccins sont si connus qui doit présider le Congrès de l'année 1893. Aussi s'est-on séparé en disant « à l'année prochaine ».

Dr Félix REGNAULT,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE BRUXELLES.

Séance du samedi 16 septembre (matin).

Président : M. GUSSEROW (de Berlin). — Rapporteur : M. le Dr A. MARTIN (de Berlin).

Discussion générale sur les grossesses extra-utérines. — *Conclusions du rapport de M. A. Martin* : 1° L'étiologie de la grossesse extra-utérine est encore très obscure. Les hypothèses actuelles n'expliquent que quelques cas isolés, et non d'une manière irréprochable. Nous ne serons exactement fixés sur cette question que lorsque la physiologie de l'imprégnation sera connue.

2° L'insertion tubaire de l'ovule est la plus fréquente ; l'insertion ovarienne n'est pas aussi rare qu'on l'a avancé dans ces derniers temps.

3° Le diagnostic de la grossesse extra-utérine reste un diagnostic de probabilité pour tous les cas, sauf cependant ceux dans lesquels on peut observer la croissance de la poche fœtale hors de l'utérus, la formation intra-utérine d'une caduque sans chorion manifeste, ou le produit lui-même.

4° L'issue ne se fait que rarement par métamorphose régressive (formation de lithopédion, momification). Dans la plupart des cas, la mort de l'ovule se produit par hémorrhagie dans le sac fœtal ou dans l'ovule lui-même. On voit se produire alors ou l'évacuation du sang dans la cavité abdominale par l'orifice abdominal de la trompe (avortement tubaire) ou rupture dans la continuité de la trompe (dans la cavite abdominale ou dans le ligament large). Cette hémorrhagie s'arrête rarement. Dans la majorité des cas, la mort survient par anémie ou par péritonite, dont l'étiologie est encore inconnue.

5° On doit considérer et traiter la grossesse extra-utérine comme un néoplasme dangereux. Les cas de développement *ad terminum* sont tellement rares, qu'en respectant la vie de l'enfant, on sacrifie la mère.

6° Par conséquent, la thérapeutique de choix est l'intervention opératoire entreprise aussitôt que possible, dans toutes les variétés de la grossesse ectopique. Le traitement par les injections de morphine ne donne que des guérisons tardives. On ne peut apprécier encore la valeur du traitement par l'électricité, car il n'existe pas d'observation exempte de reproche.

M. ALBAN DORAN (de Londres). — La grossesse extra-utérine doit être du domaine du gynécologiste. Quand elle se développe dans une corne utérine atrophiée, elle peut être pratiquement considérée comme extra-utérine ; quand cette cavité de la trompe ne peut communiquer avec le vagin, c'est l'hystérectomie qui est indiquée et on ne peut faire un pédicule au niveau de la corne utérine.

On doit mettre en doute le siège primitif du kyste fœtal autre part que dans la trompe. Le siège qu'on ne peut nier et qui est le plus fréquent est la partie moyenne de la trompe. Il n'en existe pas de cas probant où le sac fœtal siégeait dans l'ovaire ou dans les intestins. Le sac tubaire repousse l'ovaire contre l'utérus et souvent l'enveloppe dans sa paroi. Le ligament de l'ovaire s'étend naturellement de l'utérus vers le sac, ce qui ne peut servir de preuve que la grossesse était primitivement ovarienne.

Une grossesse tubaire peut par son développement adhérer à l'ovaire, au péritoine. Cette extension est la règle dans les cas où elle siège au pavillon. Après la séparation de l'œuf et de la trompe, celle-ci ne conserve aucune trace de sa présence passagère. Quand un sac fœtal est trouvé dans le ventre, il ne s'ensuit pas qu'il n'a pas été tubaire à un moment donné quand cette trompe paraît saine.

L'examen histologique présente un grand intérêt. La présence des villosités choriales éclaire et confirme le diagnostic et, pour plus de sûreté, il est bon de comparer les coupes à des coupes de chorion normal.

Les faits sur lesquels nous venons d'insister viennent à l'appui de l'opération de Martin et indiquent la nécessité d'une intervention hâtive. Un sac tubaire situé près de l'utérus se rompt de bonne heure ; ceux qui siègent au pavillon résistent mieux, mais ils contractent rapidement des adhérences avec les organes voisins. On peut confondre l'hémato-salpinx et la grossesse extra-utérine. Le diagnostic n'est que relativement utile, puisque dans les deux cas l'intervention est identique.

M. le Pr DIMITRI DE OTT (de Saint-Pétersbourg). — C'est sur le mode de traitement de la grossesse ectopique, pour ainsi dire « chronique, » trainant en longueur, que je me permets d'attirer votre attention. Les modifications anatomiques dépendant principalement des modifications propres à la grossesse en général, tous les symptômes consécutifs à la grossesse ectopique peuvent être divisés :

1° En phénomènes provenant des modifications qui ont lieu dans la poche fœtale même et dans son contenu ;

2° En phénomènes dus à des modifications consécutives dans les autres parties de l'appareil sexuel et particulièrement dans l'utérus.

On peut aussi parfaitement démontrer l'analogie de cette grossesse avec la grossesse normale : la grossesse tubaire, qui est le cas le plus fréquent de la grossesse extra-utérine, peut être considérée comme une grossesse qui ne diffère de la grossesse normale qu'en ce qu'elle se développe dans la partie périphérique du canal génital, et précisément dans la partie qui reste double après le développement embryonnaire.

Nous étudierons maintenant les symptômes des deux catégories que nous avons mentionnées ci-dessus. Nous excluons les cas où la grossesse s'arrête dans sa toute première période, alors que l'œuf, constitué plutôt de parties liquides que de parties solides, est résorbé dans un terme relativement court, sans conséquences morbides.

A. Les symptômes qui dépendent des modifications pathologiques consécutives à l'arrêt de la grossesse extra-utérine sont les suivants :

1° Les reprises d'hémorrhagies internes qui exposent la vie de la malade à un danger sérieux.

2° Les symptômes qui sont dus à la présence d'un corps étranger dans la cavité abdominale et se manifestent par des troubles dans les fonctions des organes voisins, par des douleurs et par des troubles généraux dans la nutrition. Parfois, la rétention de l'œuf a, pour suite, l'impossibilité de couches normales, ainsi que l'a décrit Schaut et ainsi que j'ai pu l'observer moi-même.

3° Les lésions inflammatoires de toute espèce dans le péritoine et dans le tissu cellulaire, provoquées par la présence d'un corps étranger. Dans ces cas, on observe assez fréquemment une péritonite mortelle.

4° Le passage de la tumeur à la suppuration ou à la gangrène, avec toutes les conséquences de cet état de choses : perforation de la tumeur, évacuation de son contenu dans les organes voisins, évacuation qui peut déterminer la mort.

Les phénomènes que nous venons d'énumérer sont plus ou moins bien étudiés et leur valeur scientifique a été déterminée avec assez de précision. Mais les phénomènes de la seconde catégorie le sont bien moins. Ce sont :

B. Les symptômes qui sont dus à des modifications consécu-

tives dans les autres parties de l'appareil sexuel, et particulièrement dans l'utérus, qui subit, dans la grossesse tubaire, des modifications profondes.

Ces modifications, sur lesquelles je tiens surtout à attirer l'attention, sont analogues à celles que l'on observe dans la grossesse intra-utérine.

Quoique la cavité utérine ne contienne pas d'œuf, sa muqueuse se transforme néanmoins en caduque, il y a hypertrophie et hyperplasie des éléments musculaires de la paroi utérine, le sang y afflue plus énergiquement.

L'arrêt du développement de la grossesse extra-utérine se manifeste également par des phénomènes analogues à ceux de l'avortement intra-utérin incomplet ; tous les phénomènes d'évolution inverse s'arrêtent, l'utérus conserve longtemps un volume considérable ; sous l'influence de la subinvolution, l'hyperhémie est maintenue, la caduque est éliminée, ou, ce qui est probablement plus fréquent, elle s'atrophie graduellement, sans se détacher. Ainsi donc, le point important réside dans les symptômes dus à la rétention, dans l'appareil sexuel, de l'œuf avorté ; dans ces cas, l'hémorrhagie, qui dure souvent des mois entiers, présente certainement le symptôme le plus caractéristique.

L'hémorrhagie, dans l'avortement tubaire, est surtout dangereuse lorsqu'elle est due non seulement à des modifications dépendant de l'état de grossesse même, mais lorsqu'elle est en outre compliquée par un trouble de la circulation, trouble causé généralement par un déplacement fortement prononcé de l'utérus, qui est pour ainsi dire refoulé par le réceptacle de l'œuf, placé, le plus souvent, en arrière de l'utérus.

Aux époques de l'hyperhémie menstruelle, le tableau de la maladie s'accuse de plus en plus et la malade épuisée est sujette à une reprise d'hémorrhagie. (Ces hémorrhagies peuvent durer six mois et même plus).

Le pronostic que l'on peut en tirer est d'autant plus grave que le traitement appliqué dans ces cas, y compris même le raclage, n'est que symptomatique et ne saurait satisfaire à l'indication de la cause première.

Ainsi donc, l'avortement extra-utérin ne présente pas beaucoup moins de danger, comparativement à l'avortement intra-utérin, que la grossesse extra-utérine n'en présente par rapport à la grossesse normale.

Prenant en considération tout ce qui vient d'être exposé sur les symptômes morbides, il est évident que l'arrêt de la grossesse extra-utérine ne saurait encore écarter le danger qui menace la vie de la malade.

Il est vrai qu'elle ne court plus le risque d'être emportée par une hémorrhagie interne foudroyante ; mais, par contre, l'arrêt même de la grossesse peut provoquer les éventualités dont nous avons parlé précédemment, et chacun de ces accidents suffit, à lui seul, pour tuer la malade.

Si nous considérons ce que je viens d'exposer, on peut se demander si nous avons le droit de nous en tenir à la méthode expectative, la plus suivie jusqu'à présent ? Est-il raisonnable d'attendre que les symptômes prennent un caractère menaçant et nous forcent à une intervention immédiate qui, certainement dans ces conditions, est toujours liée à un pronostic fâcheux ? Je n'hésite pas à le déclarer : en principe, cette manière d'agir n'est pas logique.

Le seul moyen rationnel, c'est d'éloigner entièrement l'œuf et toutes les parties avoisinantes altérées. Ce mode d'action est tout indiqué chaque fois que nous sommes sûrs, dans la première période de la grossesse, que l'œuf mort n'a pas de tendance prononcée à se dérober, et, dans la seconde période, que la grossesse est arrivée au point où nous pouvons compter sur l'oblitération des vaisseaux sanguins du placenta.

Je ne saurais assez appuyer sur la gravité des indications pour la grossesse extra-utérine arrêtée dans les premiers mois de son évolution, alors qu'on se borne généralement à espérer une résorption spontanée de l'œuf, espoir qui est loin de se réaliser toujours. Dans ces cas, tout retard apporté à l'intervention opératoire ne peut que compromettre la vie de la malade.

Maintenant, que nous avons posé les bases de l'indication à l'intervention active, il nous reste encore à dire quelques mots sur le procédé opératoire qui nous paraît le plus rationnel.

Dans le terme rapproché de l'arrêt de la grossesse extra-utérine, la gastrotomie ne saurait être contestée en tant que meilleur procédé d'opération. Ce n'est que par la gastrotomie (surtout en plaçant la malade sur un plan incliné) qu'on peut exactement apprécier *de visu* les modifications morbides et enlever les parties altérées.

Les avantages de la gastrotomie sont, à mon avis, si grands, que je pratique cette opération, même dans des cas invétérés, alors que la grossesse extra-utérine se présente sous forme d'une tumeur sanguine ; et je ne fais la section du vagin que dans un nombre assez restreint de cas : quand la tumeur suppure ou lorsqu'elle a pris un caractère gangréneux.

Je ne puis pas encore déterminer exactement la proportion qui existe entre les résultats favorables et les insuccès ; mais on peut affirmer hautement les avantages de l'intervention opératoire dès le début de la maladie.

M. Rein (de Kiew) fait remarquer que la grossesse abdominale primaire existe, car il en a observé deux cas. Dans un cas, le fœtus était complètement dans la cavité abdominale recouvert des membranes. Le placenta était inséré sur le fond de l'utérus. Ce dernier ainsi que les annexes étaient normaux.

Dans le 2e cas, le placenta était également inséré sur l'utérus sain, ainsi que les trompes et les ovaires. Les malades ont guéri après la laparotomie. Observation d'une grossesse tubaire opérée par M. Rein, opération, enfant vivant encore aujourd'hui, la mère a guéri.

Aujourd'hui, on ne doit pas sacrifier le fœtus, sous prétexte qu'on a affaire à une tumeur maligne, il faut au contraire s'efforcer de sauver la mère et l'enfant. L'opération n'est pas plus difficile qu'une laparotomie ordinaire.

M. Pichevin (de Paris). — Depuis les remarquables travaux publiés par Lawson-Tait et Veit sur la grossesse tubaire, son attention a été vivement attirée sur cette affection qu'il croyait exceptionnelle et qui est, en réalité, relativement fréquente. C'est ainsi que dans dix-huit mois, il a vu au moins huit grossesses tubaires. Dans ce chiffre, il ne compte pas deux malades qui ont été soumises à son examen et qui n'ont pas voulu subir l'intervention chirurgicale. Les huit cas qu'il rapporte ont été opérés. Il relève deux morts. Un décès est dû à une hémorrhagie. La malade avait été soumise à l'hystérectomie vaginale. La mort doit être attribuée dans l'autre cas à une péritonite. Au cours de la laparotomie, M. le Pr Le Dentu, qui opérait, sentit une odeur suspecte. Il est probable que la décortication de la poche salpingienne avait amené l'ouverture de l'intestin.

Sur ces huit cas, il a pu établir le diagnostic six fois. Le diagnostic est quelquefois très difficile. Aussi M. Pichevin rapporte-t il des observations qui montrent qu'on a pu prendre pour une grossesse extra-utérine un kyste tubo-ovarique. Dans un autre cas on fit le diagnostic de salpingite, alors qu'il existait une grossesse ectopique, l'hystérectomie vaginale fut faite et la malade mourut d'hémorrhagie.

Dans certains cas, l'erreur ne peut être évitée, c'est pourquoi il faut toujours rechercher la grossesse extra-utérine et serrer de près les symptômes, une faute de diagnostic pouvant être fatale à la malade.

M. le Dr Pavlaki Fenerly Bey (de Constantinople) rapporte quelques cas de grossesses extra-utérines, dont quelques-uns offrent un certain intérêt. Ces grossesses sont au nombre de cinq.

La première a été constatée chez une femme de 38 à 40 ans, multipare, qui, pendant sa grossesse, a éprouvé des symptômes tout à fait insolites. Le 9e mois accompli, tout à coup des accidents formidables d'une grave pelvipéritonite se déclarent et mettent la malade en grand danger de mort. Pendant les premiers moments de la pelvipéritonite, on a constaté les mouvements très violents du fœtus ; puis, peu à peu, ces accidents disparaissent, la malade revient un peu, mais la santé ne se rétablit pas tout à fait. Elle traîne une vie misérable pendant trois ans, au bout desquels elle meurt, conservant une tumeur considérable sur le côté gauche de l'abdomen.

Le 2e cas concerne une grossesse parvenue du 6 au 7e mois, c'est-à-dire qu'on avait constaté déjà depuis deux mois les bruits du cœur et les mouvements du fœtus. La femme, âgée de 30 à 32 ans, a eu déjà deux enfants. Puis, sans aucune cause appréciable, elle a été très malade avec tous les symptômes d'une pelvipéritonite des plus intenses. Les mouvements du fœtus ont cessé ; mais la tumeur persista plusieurs années, faisant souffrir la malade plusieurs fois par an, jusqu'au moment où je l'ai perdue de vue.

Les 3 autres cas concernent des grossesses qu'on n'a pas pu diagnostiquer pendant leur cours et qu'on a prises pour d'autres maladies.

Ainsi le 3e cas a été observé sur une toute jeune femme mère d'un seul enfant. Elle a eu ses règles supprimées pendant plusieurs semaines, lorsqu'elle a été prise d'accidents insolites : nous avons cru avoir affaire à une pelvipéritonite très grave, dont la cause principale nous était inconnue. Un mois après la disparition des accidents graves, un examen attentif nous fit constater une tumeur dans le cul-de-sac postérieur et gauche du vagin, tumeur douloureuse et qui tourmentait la malade. Nous avons pensé à une hématocèle périutérine, à une suppuration du petit bassin, etc. Or, en pratiquant une incision dans la poche la plus saillante, celle qui offrait aussi le plus de fluctuations, on a vu sortir une notable quantité de sang lie de vin et de caillots, au milieu desquels un fœtus comprimé de deux mois à peu près. La femme a été de nou-

veau très malade, mais elle a fini par se rétablir au bout de 3 mois.

Le 4e cas a donné naissance à différents diagnostics : un tel a cru à une hématocèle, un autre à une suppuration, un dernier à une salpingite. Personne n'a soupçonné une grossesse extra-utérine. L'opération est venue montrer que c'était une grossesse ectopique. Une incision pratiquée dans la partie postérieure supérieure gauche du vagin, derrière le col, a livré issue à un amas compact presque en quelque sorte strié de caillots de sang assez durs ; au milieu d'un de ces caillots se trouve un fœtus de 2 mois à peu près, aplati, ratatiné, momifié et comme incrusté dans le caillot dur. Les suites de cette opération, grace aux moyens septiques, ont été très simples. La femme, au bout de 25 jours, était complètement rétablie. (J'ai l'honneur de vous montrer le fœtus presque momifié.)

Le 5e cas ressemble au 4e pour les symptômes, la marche et le diagnostic. Il en diffère sur ce point que la femme, âgée de 35 à 36 ans, a eu déjà 4 enfants et quelques fausses couches. Elle se croyait enceinte de trois mois, lorsqu'à la suite d'un accident elle a une forte métrorrhagie avec issue de gros caillots, puis des douleurs très fortes avec fièvre intense, anxiété, vomissements et tout le cortège d'une grave pelvipéritonite. Tous ces accidents, que la femme aussi bien que les médecins attribuèrent à un avortement, s'amendèrent un peu, mais n'ont pas complètement disparu. Ainsi, le malaise, les douleurs sourdes et quelquefois lancinantes du côté du petit bassin persistaient et faisaient croire à une suppuration du petit bassin, à une salpingite, à une hématocèle.

A l'examen par le vagin, on pouvait facilement constater que le cul-de-sac postérieur était tuméfié, proéminent et présentait une certaine fluctuation. J'ai pratiqué sur ce point une incision de trois centimètres : une grande quantité de sang noir couleur café s'en est écoulée, au milieu duquel nous avons trouvé un fœtus de deux à trois mois. Les suites ont été très simples.

Je me borne ici à enregistrer les faits, tout en concluant que je suis de l'opinion de ceux qui croient qu'une des causes principales de l'hématocèle périutérine est le résultat de grossesses ectopiques.

En effet, une grossesse extra-utérine parvient rarement jusqu'à terme ; à cette époque, le diagnostic est relativement facile : on perçoit les mouvements fœtaux, on entend les bruits du cœur. Mais les cas de ces grossesses avancées sont relativement rares. Ordinairement, elles ne vont pas au delà de trois à quatre mois, et alors, si elles ne sont pas utéro-interstitielles, mais tubaires, ovarines, etc., le produit de la conception, à un certain moment, peut se détacher et tomber naturellement dans le cul-de-sac péritonéal, l'hémorrhagie qui suit cette chute produisant une hématocèle péri-utérine.

A mon humble opinion, je crois que c'est à cette hémorrhagie tubaire, soit idiopathique primitivement, soit qu'elle résulte de la présence dans cet organe du produit de la conception, qu'il convient d'attribuer la plupart des hématocèles péri-utérines.

M. Mordock Camron (de Glascow). — L'étiologie des grossesses extra-utérines est encore obscure, il faut en chercher la cause dans les affections de l'utérus et des trompes de Fallope. Je pense qu'un grand nombre de cas ont été passés sous silence ou pris pour quelque autre complication. Il est possible que la grossesse ait lieu dans l'abdomen, comme il en a vu un cas de quatorze mois opéré avec succès. Il retira tout ce qu'il put du sac, drainant ensuite la cavité et lavant par des injections intra-utérines abdominales répétées. Il condamne les traitements tels que les injections de substances toxiques dans le sac ou la destruction du fœtus par l'électricité. (*A suivre*). Dr Basset.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 septembre 1892.

Le favus et la pelade en France pendant la période 1887-1892. — M. le Dr Feulard (de Paris). — On répète volontiers à l'étranger que la France est un pays où la teigne se rencontre fréquemment ; il est vrai que le favus était encore une maladie assez répandue en France au commencement de ce siècle, mais, grace aux progrès de l'hygiène et du bien-être, elle tend chaque jour à disparaitre. Nous avons déjà, en 1886, montré la marche de ce commencement de décroissance et nous voulons aujourd'hui faire voir qu'il ne s'est nullement ralenti, bien au contraire. Les documents qui nous ont servi sont les statistiques publiées chaque année, par le ministre de la guerre et donnant le nombre des conscrits exemptés chaque année par les conseils de revision pour les infirmités prévues par la loi. La teigne est comprise, à tort, il est vrai, parmi ces infirmités ; nous connaissons donc ainsi le nombre des jeunes gens agés de 21 ans qui chaque année sont refusés au service militaire pour cause de teigne. Nos chiffres laissent par conséquent de côté et la partie féminine de la population et tous les cas de favus guéris avant la vingtième année ; ils ne sont donc qu'approximatifs. Nous renseignons seulement sur le nombre des teigneux encore atteints de leur mal à 21 ans, mais ce nombre même nous renseignera lui-même par comparaison sur la fréquence de la teigne dans les diverses parties de la France. Comme ce sont les documents analogues qui ont déjà servi à M. Bergeron en 1864 et que nous avons employés en 1886, la comparaison des résultats fournis à ces trois époques présentera quelque valeur. Pendant les années 1887, 88, 89, 90, 91, il a défilé devant les conseils de revision 1,518,813 conscrits ; sur ce nombre, 964 ont été exemptés pour cause de teigne (il ne peut guère être question ici que du *favus*, car à 21 ans, la teigne tondante ou trichophytique ne se rencontre pour ainsi dire plus. Or, de 1881 à 1885, le nombre des exemptions avait été de 1,399, de 1876 à 1888, de 1,541 : la décroissance est donc bien marquée 1,541, 1,399, 964 : elle est régulière. De plus, tandis qu'en 1886 tous les départements avaient eu des exemptions, si petit que fût leur nombre ; de 1887 à 1891, il y a cinq départements (Cote-d'Or, Indre, Haute-Marne, Belfort, Rhône) qui n'en ont pas eu du tout. Sur les 87 départements restant 53, c'est-à-dire à peu près exactement les deux tiers, ont eu moins de 10 exemptions en cinq ans : 15 en ont eu de 10 à 20 ; 5 de 20 à 30 ; 4 de 30 à 40 ; 1 en a eu 40 (Aveyron) ; 1 en a eu 50 (Côtes-du-Nord) : 1 en a eu 63 (Hérault) ; 1 en a eu 65 (Pas-de-Calais) ; 1 enfin en a eu 90 (Seine-Inférieure). Les pays les plus atteints forment trois groupes principaux. Le plus important est situé dans le Midi ; il comprend le département de l'Hérault, le plus atteints de la France, autour duquel se groupent l'Aveyron, le Gard, puis la Corrèze, le Cantal, la Lozère, l'Ardèche, les Bouches-du-Rhône ; au Sud également et à l'Est, les Alpes-Maritimes ; au sud sur la frontière pyrénéenne l'Ariège ; un peu plus à l'Ouest sur l'Océan, les Landes. Le second groupe est moins cohérent ; les régions atteintes sont situées au bord de la Manche ; d'abord, la Seine-Inférieure, au Nord le Pas-de-Calais, à l'Ouest la Manche et les Côtes-du-Nord. Enfin un troisième groupe, assez compact, à morbidité moins élevée, comprend les départements de l'Ouest entre la Touraine et la mer : Indre-et-Loire, Vienne, Maine-et-Loire, Deux-Sèvres, Vendée, Loire-Inférieure, Morbihan, Finistère. Au contraire, dans la partie Est du bassin de la Seine, celui de la Marne, la région des Vosges sont peu touchés. On peut dire qu'il n'y a pas de rapport entre la fréquence de la teigne et la densité de la population. Certains pays peu peuplées, pays misérables, en fournissent beaucoup plus que les grands centres. Le favus est surtout en effet une maladie des campagnes et des populations malheureuses, parce que, sans doute, à la campagne les moyens de contagion (contagion par les animaux) sont plus communs, mais surtout parce que les soins manquent, tandis que les enfants dans les villes sont surveillés et, s'ils sont malades, facilement et convenablement traités. Il faut donc mettre à la portée des populations rurales des ressources thérapeutiques (service spécial au chef-lieu) qui manquent encore dans beaucoup de régions ; il y aurait lieu aussi de se demander s'il ne faut pas supprimer la teigne comme cause d'exemption. Certains individus conservent avec soin leur maladie pour échapper au service militaire et s'inspirer à cet égard de ce qui se fait dans certains pays étrangers, notamment en Autriche. Si le favus diminue en France, on peut dire au contraire que la pelade augmente, et depuis 1888, époque où fut donnée l'alarme dans le rapport remarquable de M. E. Besnier à l'Académie de Médecine, la maladie n'a fait que s'accroître. Elle fait notamment de nombreux ravages dans l'armée, et maintenant que tout le monde passe à la caserne, il y a là de quoi attirer l'attention du service de santé militaire et des hygiénistes pour éviter une plus grande dissémination de la maladie. A l'inverse du favus, ce sont les grands centres qui sont surtout atteints et Paris tout particulièrement ; en dix mois (août 91 à mai 92) la proportion des soldats atteints de pelade dans le gouvernement militaire de Paris a été de 10,60 pour 1,000 soldats ; d'autres corps d'armée comme le Ve (Orléans) le XIIe (Limoges) le VIe (Chalons-sur-Marne) ont eu pendant le même temps : 5, 26 ; 4,96 ; 3,93 pour 1,000 : le total des hommes atteints sur tout l'effectif de l'année pendant ces dix mois a été de 1,734, soit une moyenne de 3,30 pour 1,000. De véritables épidémies ont éclaté dans des régiments et presque partout, les médecins accusent l'usage de la tondeuse d'avoir aidé à leur propagation. On ne saurait donc tr :p insister sur les mesures prophylactiques les plus rigoureuses pour enrayer ce mouvement qui va croissant depuis trois ou quatre années surtout, et l'on se demande, en présence de ces faits, quels arguments on pourrait bien opposer à la contagion de la pelade commune.

Il eut été intéressant d'avoir sur tous les pays des rapports aussi complets que celui de M. Feulard, telle paraît avoir été l'intention des organisations du Congrès ; malheureusement, il n'en a pas été ainsi, aucun autre pays n'a fourni de rapport, pas même

l'Autriche, de sorte que l'on continuera à répéter que la France est le pays où le favus est le plus répandu. Seul, M. Neumann a dit quelques mots sur le favus en Bosnie, où il paraît assez fréquent chez les musulmans.

Le reste de la séance a été occupé par des communications, ou présentations diverses.

Traitement du lupus vulgaire par des injections sous-cutanées d'allylsulfocarbamide. — M. H. Hébrec traite le lupus vulgaire par des injections sous-cutanées à distance d'une substance dérivée de l'essence de moutarde et dont le nom chimique est *allylsulfocarbamide*. Il paraît que sous cette influence, les plaques lupeuses s'enflamment et se tuméfient au début (comme après les injections de tuberculine) puis s'affaissent. Les malades présentés par M. Hébrec et traités par cette méthode étaient du reste loin d'être guéris. Il faut donc attendre avant de se prononcer.

Trichome du cuir chevelu. — M. de Amicis rapporte une observation de chute totale des cheveux accompagnée d'anesthésie du cuir chevelu, chez une jeune fille ; les cheveux repoussèrent, mais, atteints d'une altération spéciale, ils présentaient des cassures comme dans la trichoptilose et de plus ils s'entremêlaient et se feutraient dès qu'ils avaient atteint une longueur de quelques millimètres. Les cheveux longs et soyeux ne formaient plus qu'une toison luisante et embroussaillée. Cet état, qui constitue le trichome vrai, a persisté malgré des rasures répétées.

Sur les prétendues psorospermies du cancer. — M. Louis Török (de Budapest). — Je ne crois pas à la nature parasitaire des corpuscules nucléés ronds, entourés d'une double membrane claire qui ont été trouvés dans la maladie de Paget et dans l'épithélioma. Je crois qu'il s'agit d'une simple altération cellulaire. D'abord, il n'est pas prouvé qu'ils soient contenus dans une cellule, car le noyau en croissant qu'on voit à leur surface peut très bien appartenir à une cellule voisine aplatie et refoulée. On peut suivre tous les stades de la transformation des cellules épidermiques en ces corps ronds.

M. Perrin (de Marseille) présente deux observations : 1° l'une de *ladrerie chez l'homme* ; 2° l'autre de *milium colloïde*. De l'examen histologique de ce second cas, il résulte que les altérations portent sur les éléments conjonctifs de la peau.

M. R. Crocker (de Londres) présente des aquarelles et des moulages de diverses lésions cutanées :

1° *Adénomes sébacés de la face.* Ce sont de petites tumeurs du volume d'un grain de mil à une lentille, jaunâtres ou plus ou moins érythémateuses, accompagnées de dilatations vasculaires, généralement très nombreuses et occupant le centre de la face et le front. L'affection paraît d'origine congénitale et, dans certains cas, il semble que les glandes sudoripares sont également intéressées. 2° *Dermatitis repens.* La maladie généralement consécutive à un traumatisme est constituée par une suppuration intra-épidermique qui se propage de proche en proche, soulevant la couche cornée et formant une plaque à extension centrifuge, exulcérée et suintante, limitée par une collerette pustuleuse continue. La maladie siège généralement aux mains et guérit facilement sous un pansement antiseptique. 3° *Creeping eruption* ou *lésion rampante*. Cette singulière affection a déjà été observée deux fois en Angleterre. Elle est constituée par un point rouge du volume d'un grain de mil, qui progresse en laissant une traînée rouge derrière lui. Il semble qu'un parasite chemine dans le derme ou dans l'épiderme, absolument comme la larve de diptère, présentée par Lewin à une des précédentes séances, chemine dans le parenchyme de la feuille. Dans le cas de Crocker, un enfant présentait deux lésions, l'une sur le cou, l'autre sur la jambe ; l'une et l'autre cheminaient avec une vitesse qui pouvait atteindre 20 centimètres par jour, en décrivant les circuits les plus compliqués. L'auteur a deux fois excisé un fragment de peau, sans pouvoir saisir l'agent de la maladie qui probablement avait déjà dépassé le point excisé et qui continuait sa marche.

Produits solubles du pus blennorrhagique. — M. Horand (de Lyon). — Dans le pus blennorrhagique ou dans l'urèthre normal, j'ai isolé un microbe assez analogue au gonocoque de Neisser, sans qu'il soit possible d'en affirmer l'identité. Les cultures de ce microbe dans un milieu peptonisé fournissent un produit soluble dans l'eau mais insoluble dans l'alcool qui, injecté au chien, détermine des accidents inflammatoires du côté de la vaginale testiculaire. Cette même substance a été retrouvée dans le pus d'une épididymite blennorrhagique suppurée, mais non dans l'épanchement séreux d'une arthrite blennorrhagique.

Alopécies de la kératose pilaire. — M. Brocq (de Paris). — On connaît les alopécies du corps et des sourcils causées par la kératose pilaire. L'alopécie du cuir chevelu est moins connue. Une variété rare est constituée par l'aplasie moniliforme des cheveux. Plus fréquemment, elle se présente sous forme de petites plaques disséminées ou parfois confluentes, siégeant surtout au vertex. La peau est blanche et un peu nacrée avec des points plus blancs, analogues aux cicatrices de la kératose pilaire du corps. Rarement on trouve dans le voisinage des papules kératosiques avec un cheveu atrophié et le plus habituellement, les cheveux sont tout à fait normaux autour des plaques et dans leur intervalle. Il est certaines formes accompagnées d'une desquamation abondante qui simulent l'alopécie séborrhéique ; on peut les distinguer parce qu'on les observe chez des enfants atteints de kératose pilaire, dont on peut trouver des caractères en d'autres points du corps. Dans les cas où les lésions prédominent au niveau des sourcils, on a l'ensemble qui a été décrit par Taenzer sous le nom d'*Ulerythema ophryogenes*. Le diagnostic de ces alopécies kératosiques est assez difficile parce que l'élément papuleux manque le plus habituellement et que la maladie peut être compliquée par un processus séborrhéique. En tout cas, la kératose pilaire paraît jouer un rôle important dans un certain nombre d'alopécies dites idiopathiques prématurées. Si les papules kératosiques sont si rares et ne se voient qu'autour des cheveux déjà atrophiés, cela tient, soit à ce que le processus kératosique débute profondément et n'apparaît à la vue que lorsque le cheveu est déjà atrophié, soit à ce que la kératose ne survient que lorsqu'une maladie antérieure, séborrhée ou pelade, par exemple, a déterminé une certaine atrophie du cheveu.

Sur les dermatoses prurigineuses et les anciens lichens. — M. Brocq (de Paris). — On a toujours cherché en France à ne pas voir seulement la lésion locale, mais à remonter plus haut pour trouver dans des altérations de l'organisme tout entier la cause des éruptions cutanées.

Un certain nombre de dermatoses ne sont que les manifestations éruptives de névropathies prurigineuses. Elles se traduisent par des papules à pathogénie obscure et par des éruptions banales très variées qui sont les divers modes de réaction de l'organisme à l'égard d'une même cause irritante. Il en résulte des éruptions lichénoïdes, eczémateuses, urticariennes ou même bulleuses, comme la dermatite herpétiforme de Duhring qui rentre peut-être dans ce groupe.

Le grattage habituel détermine des altérations spéciales caractérisées par l'épaississement de la peau, sa rudesse, l'exagération des plis et des papilles ; c'est la lichénification. Les maladies où la lichénification se produit seule et d'emblée constituent le groupe des lichens vrais. Mais il peut survenir une lichénification secondaire dans toutes les maladies prurigineuses fixes.

Il peut survenir également des dermatoses eczémateuses, l'eczéma n'est qu'un mode de réaction de la peau à des irritations diverses internes ou externes.

Enfin il peut survenir des éruptions urticariennes.

La classification de ces affections est encore assez difficile. Elles surviennent toujours chez des malades atteints de ce qu'on désigne du terme vague de nervosisme.

Il faut tenir compte du caractère continu ou intermittent, général ou local de la maladie nerveuse. Enfin, le mode de réaction de la peau est variable. Quelquefois, il n'y a pas d'altération malgré un grattage énergique et prolongé, comme dans le prurit sénile ; d'autres fois le tégument réagit imm-

diatement sous l'influence du grattage et il se fait une lichénification primitive, ou bien enfin il se fait des réactions diverses telles que de l'eczéma.

Du Dermographisme. — M. BARTHÉLEMY (de Paris). — Le dermographisme, dans son sens le plus étendu, est la réaction de l'organisme à une irritation locale, se manifestant par un trouble vaso-moteur qui peut être un simple érythème sans aucune saillie; c'est le dermographisme plat ou qui peut être constitué par une élevure pâle, bordée de rouge ; c'est le dermographisme saillant l'érythème pudique, qui n'a rien à faire avec la pudeur ; c'est un dermographisme où la cause excitante locale est le contact de l'air. Le dermographisme reconnaît deux causes principales. D'une part, un système nerveux prédisposé, d'autre part, une intoxication qui peut provenir du dehors ou de l'organisme lui-même.

M. John HUTCHINSON (de Londres) présente des aquarelles de divers cas dont il rapporte brièvement les observations : 1° *Cas de xanthome aigu*, généralisé, tout à fait analogue au xanthome des diabétiques avec cette différence que le malade n'était pas glycosurique. Les tumeurs xanthomateuses ont disparu au bout d'un an par l'emploi des mercuriaux et des purgatifs drastiques; — 2° *Lentigo infectieux des vieillards*. Sous ce nom, Hutchinson désigne une affection survenant chez des individus âgés et caractérisée par des taches noires ou brunes siégeant sur la face (joues ou paupières inférieures), d'un seul côté, sans aucune autre altération de la peau que la pigmentation. Ces taches gagnent lentement en étendue et, au bout d'un certain nombre d'années, on y voit survenir un épithélioma, qui n'est lui-même pas pigmenté; — 3° *Plaques érythémateuses infiltrées* : M. DUBREUILH (Bordeaux). — Le dernier cas est un exemple de ce qui est fort bien connu en France depuis Bazin sous le nom d'érythème induré des scrofuleux. Quant à la maladie très singulière désignée par M. Hutchinson sous le nom de lentigo infectieux suivi d'épithélioma, j'ai eu l'occasion d'en observer deux cas tout à fait identiques. L'un d'entre eux a été publié par M. le Dr Lamarque dans le *Journal de Médecine* de Bordeaux du 30 décembre 1888.

Traitement du lupus à nodules disséminés. — M. le Dr William DUBREUILH (de Bordeaux). — Parmi les innombrables modalités que peut affecter le lupus vulgaire et particulièrement quand il siège à la face, il en est une où les nodules lupeux récidivent avec une ténacité toute spéciale, c'est celle où une surface cicatricielle plus ou moins rouge et infiltrée est criblée de petits nodules isolés. Dans ce cas, les tubercules ne sont pas tous superficiels, il en est aussi de profonds qui sont invisibles et ceux que l'on voit ne sont souvent que l'affleurement d'une grappe ou d'une chaîne de tubercules qui s'enfonce plus ou moins profondément dans le derme avec des directions très variables.

Parmi les méthodes de traitement dirigées contre cette forme, la scarification est trop diffuse, n'atteint pas seulement les points malades et a besoin d'être trop répétée; l'ignipuncture vaut mieux mais ne permet pas de poursuivre tous les prolongements de la lésion qui dès lors récidive très rapidement. Le procédé de choix est le curettage avec des curettes très fines de forme spéciale qui, maniées comme un foret permettent d'énucléer le nodule et de poursuivre tous les prolongements du foyer. Le curettage est suivi d'une cautérisation au chlorure de zinc porté par un très fin pinceau de ouate.

Séance du 10 septembre.

Des métastases des psoriasis. — M. GAUCHER (de Paris). — De même que l'eczéma, le psoriasis est le résultat de l'effort éliminatoire par la peau de poisons existants dans l'organisme. J'ai déjà montré combien était fondée l'opinion ancienne, qu'il y a quelquefois du danger à guérir un eczéma; je viens répéter la même chose pour le psoriasis. On sait, depuis Bazin, que le psoriasis peut alterner avec diverses manifestations viscérales, telles que l'asthme, et que les malades atteints de cette éruption n'eurent souvent de cancer ou de lésions vasculaires. Il est bien des cas où des accidents viscéraux, bronchites ou parfois cancer, éclatent aussitôt après la guérison d'un psoriasis.

Dans un cas que j'ai observé, un homme de famille goutteuse, atteint de psoriasis depuis son enfance, entre à l'hôpital Saint-Louis où on le guérit de son psoriasis. Le jour même où il devait sortir, il est pris de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'une endocardite qui a persisté et d'une encéphalopathie dont il a failli mourir.

Dans un autre cas, un individu atteint de psoriasis depuis son enfance avait des accidents rhumatismaux après chaque guérison temporaire. Une fois, la guérison du psoriasis fut suivie de troubles dyspeptiques qui durèrent trois ans et s'accompagnèrent de vomissements noirs. On pensa sérieusement au cancer. Comme l'éruption n'avait pas reparu depuis le début des troubles gastriques, je songeai à la possibilité d'une metastase du psoriasis, et tout en mettant le malade au régime lacté, je le fis couvrir tous les jours de sinapismes. Le psoriasis reparut et les troubles gastriques si inquiétants disparurent complètement et définitivement.

Il faut donc être très circonspect dans le traitement du psoriasis, non qu'il faille l'abandonner complètement, mais il ne faut pas le traiter localement sur toute la surface du corps à la fois et faire un traitement général consistant en un régime alimentaire sévère.

Pemphigus des nouveau-nés. — M. STAUB (de Posen). — Le pemphigus des nouveau-nés est dû à une infection intra-utérine La mère elle-même peut présenter quelques symptômes d'infection caractérisés par une fièvre plus ou moins intense et quelquefois même par une éruption de pemphigus. Dans les épidémies de pemphigus des nouveau-nés, il est donc important de rechercher les causes d'infection pour les combattre.

Quelques autres communications ont encore été faites dans cette séance, mais pour la plupart très écourtées et peu écoutées à cause du peu de temps qui restait. On était surtout préoccupé du choix de la ville où aurait lieu le prochain Congrès et du départ pour Budapest.

M. Jonathan HUTCHINTSON (de Londres), au nom de la Société dermatologique de Londres, et tout le corps médical de cette ville, demandent que le troisième Congrès international de Dermatologie se réunisse à Londres en 1895. La ville de Londres est acceptée par acclamation et M. Morris propose de nommer Hutchinson président ; on se dit au revoir à Londres dans trois ans et le président Kaposi déclare le Congrès clos.

Notre compte rendu serait incomplet s'il ne parlait pas de la partie non officielle du Congrès. Nous avons déjà dit quelques mots des premières *réceptions*. Il y en a eu tous les jours : le mardi, il y avait réception le soir, chez le président Kaposi ; le mercredi, les membres du Congrès sont partis pour Baden, ville d'eaux située à peu de distance de Vienne et où les médecins de la localité avaient organisé une réception superbe avec un banquet somptueux ; le jeudi, la séance a été suivie d'une visite au musée d'Histoire naturelle, puis d'un banquet offert par la Société viennoise de Dermatologie. Ce banquet, où se trouvaient plus de deux cents convives, fut suivi de toasts innombrables et dans toutes les langues ; enfin le vendredi eut lieu une excursion au Kahlenberg, colline assez élevée du voisinage de Vienne où sont un grand nombre de résidences d'été et où l'on monte par un chemin de fer à crémaillère. Malheureusement, on était parti trop tard, il faisait nuit à l'arrivée et ce fut une partie manquée.

L'*excursion* la plus importante était celle du samedi : Vienne avait reçu le Congrès mais Budapest voulait en avoir sa part. Aussitot après la clôture du Congrès une cinquantaine de membres, dont M. Heurdy, sont partis pour Budapest où les réceptions ont été plus agréables encore peut-être qu'à Vienne, parce qu'on était moins nombreux.

Dès la gare, les étrangers ont été reçus par les dermatologistes hongrois, MM. Schwimmer, Havas, Torok et Rona. Le lendemain matin, après une promenade en voiture, nous prenions un train spécial qui nous amenait aux fameuses sources d'Hunyadi-Janos, où M. Saxlehner fils nous a fait visiter tous les détails de cette vaste exploitation. Un déjeuner offert par M. Saxlehner réunit ensuite 150 personnes environ, membres du Congrès ou médecins de la région. L'excellence des vins hongrois, l'endiablée musique tzigane qui a joué tout le temps, ont beaucoup animé le repas qui a été le plus gai de tout le Congrès. Le lendemain, c'était le tour des médecins de Budapest qui ont promené les membres du Congrès sur le Danube, dans le parc de l'île Marguerite où se trouvent des sources sulfureuses chaudes assez abondantes pour qu'on ait égayé le paysage avec une cascade fournie par l'eau non utilisée dans l'établissement thermal. Enfin nouveau banquet ;

on avait voulu que tout fut hongrois, non seulement les vins, mais aussi les plats, et la muqueuse buccale des convives a pu apprécier les puissants effets du *paprika*, ou poivre rouge de Hongrie. Cette fois c'était bien fini et après le dernier festin a eu lieu la dispersion définitive vers les quatre points cardinaux.

Les séances du Congrès avaient lieu de neuf heures du matin à deux heures avec un entr'acte d'une demi-heure ou une heure. C'était là une très bonne disposition, peu commode pour les estomacs français, mais éminemment pratique, parce que cela laissait l'après-midi libre. Il n'y avait en somme qu'une séance par jour, fatigante il est vrai pour ceux que leurs fonctions obligeaient à écouter tout le temps, mais cela valait mieux que d'avoir à revenir dans l'après-midi. L'organisation des séances n'était pas cependant à l'abri de toute critique. On distribuait chaque matin un programme du jour, mais ce programme contenait pêle-mêle toutes les communications qui avaient été annoncées longtemps à l'avance.

On y voyait une foule de communications par des auteurs qui ne sont pas venus, par des Français qui n'avaient pas quitté Paris, par des Américains que tout le monde savait n'avoir point franchi l'Atlantique. Le programme qu'on prenait en entrant ne répondait pas à la réalité; il était surchargé de communications destinées à n'être point faites et nous n'avons guère entendu qu'un tiers des mémoires annoncés.

La police scientifique du Congrès aurait pu être plus sévère; on laissait lire des mémoires interminables. Aussi le temps a-t-il manqué pour les discussions, qui ont été toutes écourtées ou supprimées. Il n'y a pas eu, à proprement parler, de vraie discussion internationale. Tout au plus quelques remarques échangées au sujet des éruptions médicamenteuses. Les questions mises à l'ordre du jour étaient trop nombreuses et insuffisamment traitées. Par exemple, pour la question des teignes, il n'y a eu qu'un rapport, celui de Feulard. A l'occasion d'un Congrès international, il eût été intéressant d'avoir des données sur la distribution des teignes dans toute l'Europe, voire même en Amérique; il est probable qu'on avait demandé des rapports à la plupart des nations, mais la France seule avait répondu; les Autrichiens eux-mêmes, qui étaient chez eux, n'ont apporté aucun document. Trop de temps accordé aux communications diverses et pas assez aux discussions, tel a été le défaut du Congrès de Vienne, qui en dehors de ces petites défectuosités a été le grand succès par le nombre et la valeur des adhérents et par l'intérêt de la plupart des séances. Tous ceux qui y ont été rapporteront le meilleur souvenir de l'accueil qu'ils y ont trouvé et je ne serai, je crois, désavoué par aucun des Français qui étaient présents, en remerciant les dermatologistes de Vienne et de Budapest pour leur large et brillante hospitalité et en assurant qu'il sera difficile de faire mieux ni même aussi bien à l'avenir.

Avant les séances et dans les intervalles, on a pu visiter les divers services de l'Hôpital général et l'Exposition organisée dans les salles annexes de l'Université. Dans les services, nous avons pu voir un certain nombre de choses intéressantes. Un cas de sarcome pigmentaire multiple des extrémités, un cas de cancer en cuirasse dans le service de M. Kaposi, et surtout la très remarquable organisation des bains permanents. Dans une salle se trouvaient huit lits, car cela ressemblait à de grands lits, dans lesquels les malades étaient couchés dans l'eau et y restaient des semaines et des mois, mangeant et dormant sans en sortir. Sous l'influence de ces deux principaux facteurs, macération permanente dans une grande quantité d'eau, suppression de la pesanteur, on voit certaines lésions s'améliorer d'une façon remarquable, surtout des pemphigus généralisés ou des eschares du décubitus.

Les services sont cependant un peu pauvres pendant les vacances, et il est regrettable que l'on n'ait pas fait venir un plus grand nombre de malades du dehors, lesquels auraient fourni des leçons de choses plus profitables que des mémoires qu'on peut lire chez soi. C'est un peu ce qui avait été fait à Budapest. M. Havas nous a montré un malade diagnostiqué Lichen ruber acuminatus par Kaposi lui-même, et tous les Français présents ont, du premier coup d'œil, reconnu le pityriasis pilaire de Devergie. Richaud et Besnier. Ce cas tranche la grande querelle du lichen et constitue l'épilogue moins du Congrès de Vienne que du Congrès de Paris de 1889, en confirmant de la façon la plus éclatante l'exposé par lequel M. Besnier avait terminé la discussion de 1889 sur le lichen.

Dr William Dubreuilh (Bordeaux).

CORRESPONDANCE

Bâle, 12 septembre 1892.

Monsieur le Rédacteur,

La Société helvétique des Sciences naturelles a eu cette année, sa 75e réunion annuelle à Bâle, du 5 au 8 septembre. La journée du 3 a été consacrée tout entière aux séances des différentes sections. La section de médecine a entendu, entre autres, les communications suivantes :

Sur l'ostéomalacie.

M. Fehling (de Bâle). — Bâle forme le centre d'un foyer où l'ostéomalacie se rencontre fréquemment. Nous avons pour ainsi dire constamment un ou plusieurs cas de cette affection dans nos salles, et les occasions de l'étudier ne nous manquent pas. L'ostéomalacie virginale ne se distingue en rien, au point de vue clinique, de l'ostéomalacie puerpérale, beaucoup plus fréquente, tandis que l'ostéomalacie virile est, d'après V. Rechlinghausen, plutôt de l'ostéoporose.

Les causes de l'affection nous sont encore inconnues; mais nous avons probablement affaire à des troubles trophiques dépendant d'une affection des vaso-moteurs. Il est plus que probable qu'il existe une relation entre l'irritation des vaso-moteurs et les troubles fonctionnels des ovaires. Hanau a constaté, chez vingt femmes enceintes, des altérations des os identiques à celles que l'on rencontre dans l'ostéomalacie, de sorte qu'il arrive à la conclusion qu'il existe une ostéomalacie physiologique plus ou moins prononcée chez toutes les femmes enceintes. Jusqu'à présent, toutes les méthodes de traitement interne préconisées contre l'ostéomalacie, n'ont donné aucun résultat; le seul traitement sérieux de cette affection consiste dans la castration. M. Fehling a lui-même fait cette opération dans une vingtaine de cas, et M. Kummer, de Genève, cite dans son travail 38 cas, dans lesquels l'opération a chaque fois amené la guérison.

Sur l'augmentation des corpuscules sanguins sous l'influence des altitudes élevées.

M. Egger, d'Arosa (Grisons), a fait, pour la station alpestre d'Arosa, la même constatation que Viault. Celui-ci avait vu s'élever le nombre des corpuscules sanguins d'une façon notable après un certain temps de séjour sur les hauts plateaux. Après deux à trois semaines de séjour à une altitude de 1,890 mètres, M. Egger a constaté, sur un grand nombre d'individus, une augmentation des globules rougis pouvant aller jusqu'à 1,500,000 par millimètre cube. Cette augmentation n'est pas apparente, elle persiste, si l'on examine non seulement le sang des capillaires, mais aussi celui des gros vaisseaux artériels; elle n'est pas le fait, ainsi que M. Egger a pu s'en assurer, d'une dessiccation des tissus sous l'influence de l'atmosphère très sèche de la montagne. La quantité de globules rouges diminue de nouveau au bout d'un certain temps de séjour dans la plaine. M. Egger croit qu'une des causes du mal de montagne réside dans une anémie relative de l'organisme, qui doit s'adapter à son nouveau milieu.

Sur l'action des muscles du genou.

M. Bugnion (de Lausanne) développe le mécanisme de l'articulation du genou, à laquelle il donne le nom de gynglime tournant, à cause de la rotation qui accompagne nécessairement la flexion, puis il étudie l'action des différents muscles agissant sur le genou au moyen d'un appareil ingénieux à l'aide duquel il arrive à déterminer le rôle respectif de chacun des principaux groupes de muscles dans la station et dans la marche.

M. Siebemann (de Bâle) présente cinq cas de *cholestéatomie de l'oreille moyenne guéris par la méthode opératoire.* Le danger dans la cholestéatomie de l'oreille moyenne réside dans la tendance que présente cette affection à se développer aux dépens des parois environnantes et à perforer dans les autres cavités du crâne, devenant ainsi le point de départ de

méningites purulentes, d'abcès du cerveau, de thromboses des sinus, etc. L'ancienne méthode de traitement de cette affection (insufflations d'acide borique ou d'acide boro-salicylique) ne réussit que dans un petit nombre de cas. Au bout d'un temps plus ou moins long, on voit apparaître des récidives. Pour empêcher cela, on n'a pas d'autre ressource que d'ouvrir largement la cavité malade. L'opération de Schwartz, qui consiste à perforer l'apophyse mastoïde, ne peut se faire que lorsque la cavité du cholestéatome est très grande. L'opération de Kister, ablation de la paroi postérieure du conduit auditif, et surtout la combinaison de cette méthode avec la formation d'un lambeau postérieur et inférieur pris sur le conduit auditif cartilagineux (procédé de Stacke), constituent un grand progrès dans le traitement chirurgical du cholestéatome, en ce qu'ils mettent la cavité à nu, permettent de la tenir constamment propre et d'empêcher la macération des produits de desquamation.

Les voies de conduction sensitive dans la moelle épinière.

M. V. Lenhoosck (de Bâle). — Les travaux récents de Golgi, Ramon y Cajal et autres, ont complètement bouleversé nos connaissances sur l'histologie du système nerveux central. A l'aide des nouvelles méthodes et s'appuyant sur de nombreuses reproductions de préparations microscopiques, M. Lenhoosck démontre d'abord le mode de développement des racines postérieures et des ganglions rachidiens ; il suit la fibre sensitive après son entrée dans la moelle, la montre au moment de sa division en deux branches, une inférieure et une supérieure, et développe ainsi la constitution des cordons postérieurs. Il fait voir ensuite, en s'appuyant sur ses recherches sur le ver de terre, que l'on est dès maintenant obligé d'abandonner la représentation d'une conduite ininterrompue reliant l'organe sensitif périphérique au système nerveux central. Cette conduite est formée de plusieurs pièces reliées entre elles par une substance intermédiaire.

M. Kollmann (Bâle) a étudié en Angleterre la méthode pratiquée là-bas dans l'*enseignement de l'anatomie*. Cette méthode consiste à mettre à la disposition des élèves, dans des locaux spéciaux, le plus grand nombre possible de pièces anatomiques toutes préparées. Ces pièces sont disposées de telle façon que l'élève peut se rendre compte à première vue des rapports existants entre les différentes parties, chaque partie, chaque muscle, artère ou nerf, porte son nom imprimé, de sorte que l'on évite à l'élève une perte de temps considérable tout en donnant plus de sûreté à ces études. Ces pièces anatomiques n'empêchent pas l'élève de préparer lui-même ; elles ne servent qu'à mieux fixer dans sa mémoire ce qu'il a vu en préparant, en lui permettant de faire des répétitions rapides et fréquentes.

Sur les anesthésiques à la policlinique.

M. Heigler (de Bâle). — Le chloroforme exige certains préparatifs et des précautions entraînant à une grande perte de temps ; cependant, il est des cas où l'on ne peut s'en passer. Dans ces cas M. Heigler emploie la « Fropp méthode », qui consiste à verser le chloroforme goutte à goutte sur le masque. L'anesthésie est plus lente, mais les accidents sont aussi moins fréquents. M. Heigler préconise beaucoup le bromure d'éthyle pour toutes les opérations de courte durée. Il n'a jamais observé d'accident, tandis qu'il met en garde contre l'emploi d'un nouvel anesthésique, le pental, qui a déjà donné lieu à des accidents sérieux.

Expériences physiologiques sur le cœur embryonnaire.

M. His (de Leipzig). — Les ganglions du cœur provenant du grand sympathique n'arrivent au cœur qu'à un certain moment du développementt embryonnaire. Mais longtemps avant cette période, le cœur présente déjà des battements rythmiques automatiques. MM. His et Romberg ont expérimenté sur des cœurs d'embryons de mammifères privés de nerfs, et ont constaté qu'on pouvait pratiquer sur ces cœurs l'expérience de Stannius exactement sur un cœur de grenouille. En outre, comme si l'on fait agir des poisons cardiaques, on observe la même réaction que pour des cœurs adultes pourvus de tout leur système nerveux. Ils ne considèrent pas les ganglions cardiaques comme éléments moteurs, mais comme éléments de sensibilité, servant de point de départ aux excitations présidant aux mouvements du cœur.

Sur les oxydations dans les tissus.

M. Jaquet (de Bâle) étudie l'action du sang et des tissus sur l'oxydation de l'alcool benzylique et de l'aldéhyde salicylique. Le sang seul n'oxyde pas ; le sang et les tissus d'organes isolés sur lesquels on pratique la circulation artificielle oxydent facilement. Les organes sans le sang oxydent avec la même facilité en présence de l'oxygène de l'air. Les tissus traités par les poisons protoplastiques, quinine, acide phénique, alcool, conservent leurs propriétés oxydantes. Les organes réduits en bouillie et traités par l'alcool oxydent encore, de même qu'un extrait aqueux et filtré de cette bouillie. La propriété oxydante n'est détruite que par l'ébullition. Conclusion : Il existe dans les tissus une substance chimique présidant aux oxydations. Cette substance a les propriétés d'une diastase.

Fragments de la physiologie du saumon.

M. Miescher (de Bâle). — A l'époque de la maturité des organes génitaux, le saumon n'a rien mangé depuis 7 à 9 mois. Malgré ce jeûne prolongé, les fonctions de la vie s'accomplissent normalement, sans que rien ne révèle un état pathologique. A cette époque, M. Miescher a trouvé que le foie du saumon contenait constamment une certaine quantité de glycogène. De même le sang de l'animal contient du sucre dans des proportions allant jusqu'à 0,5 0/0. Ces hydrates de carbone proviennent évidemment du procédé de dissolution des graisses et des matières albuminoïdes, constaté d'abord par M. His, puis par M. Miescher dans la période de jeûne du saumon. M. Miescher a en outre poursuivi ses recherches sur le sperme du saumon. Il est arrivé par une nouvelle méthode à séparer exactement les filaments (queues) des têtes des spermatozoïdes. La queue contient de la lécithine, certaines bases organiques et des matières albuminoïdes, mais pas de nucléine. Toute la nucléine est contenue dans la tête. Si l'on dissout cette nucléine dans de la potasse caustique étendue, on obtient un résidu donnant les réactions des matières albuminoïdes et se comportant à l'examen histologique comme de la chromatine. Cette substance forme la nucléole de la tête du spermatozoïde.

Agréez, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de ma considération bien distinguée. Dr Jaquet.

VARIA

Le Choléra.

Le Choléra en Europe.

Allemagne. — Hambourg, 23 septembre. — D'hier midi a aujourd'hui midi, on a notifié 199 cas de choléra et 69 décès. Sur ce chiffre, 149 cas et 49 décès se rapportent à la journée d'hier. L'empereur a adressé au Comité de secours formé à Berlin en faveur des indigents de Hambourg une lettre dans laquelle il exprime, en son nom et au nom de l'impératrice, la vive satisfaction que lui a causée la constitution de ce Comité et souhaite que Dieu accorde toutes ses bénédictions à une aussi noble entreprise. L'empereur ajoute que, pour donner un témoignage de la sincère compassion que lui inspire le grand malheur de Hambourg, il envoie au Comité un don de 10,000 marcs.

24 septembre. — La décroissance de l'épidémie s'accentue à Hambourg. D'hier midi à aujourd'hui midi, on a notifié 115 cas de choléra et 56 décès. Sur ces chiffres, 84 cas et 37 décès se rapportent à la journée d'hier et le reste concerne les jours précédents. On a transporté hier 101 malades et 18 morts. A Berlin, on n'a pas constaté de nouveau cas aujourd'hui. Le nombre des malades en traitement à l'hopital de Moabit s'élève à 61, dont la plupart sont en convalescence. Un batelier, tombé malade du choléra mercredi dernier, est mort aujourd'hui. Le directeur des travaux de la ville de Berlin déclare que l'eau fournie pour la consommation des habitants ne laisse rien à désirer et qu'il n'y a pas lieu, par conséquent, de s'en inquiéter. L'impératrice Frédéric et la princesse Marguerite, qui doivent quitter Hambourg mardi soir pour le Tyrol méridional, ont adressé 4,000 francs à la municipalité de Berlin pour les indigents de Hambourg.

25 septembre. — La décroissance de l'épidémie continue à s'accentuer à Hambourg. D'hier midi a aujourd'hui midi, on a notifié 81 cas de choléra et 49 décès. Sur ces chiffres, 62 cas et 38 décès se rapportent à la journée d'hier et le reste concerne les jours précédents. On a transporté hier 76 malades et 18 morts.

26 septembre. — D'hier midi à aujourd'hui midi, on a notifié 126 cas de choléra et 47 décès à Hambourg. Sur ces chiffres, 70 cas et 31 décès se rapportent à la journée d'hier, et le reste concerne les jours précédents. Aujourd'hui, s'est réunie, à Berlin, la commission chargée des travaux préliminaires de la loi contre les épidémies. Cette commission est composée du docteur Kœhler, président du conseil sanitaire impérial, et de plusieurs docteurs, parmi lesquels les professeurs Robert Koch, le docteur Coler, médecin de l'état-major, le professeur Pettenkofer, de Munich, etc. La commission aura à étudier les questions se rapportant au diagnostic des malades, aux mesures de protection à prendre contre les pays étrangers, aux mesures de désinfection, aux pénalités à exercer contre ceux qui ne les observeront pas, etc. Il y a actuellement 47 malades à l'hôpital Moabit.

27 septembre. — D'hier midi à aujourd'hui midi, on a notifié à Hambourg 70 cas de choléra et 33 décès. Sur ces chiffres, 61 cas et 23 décès se rapportent à la journée d'hier. A Berlin, un nouveau cas de choléra asiatique a été constaté aujourd'hui à l'hôpital de Moabit. Trente malades sont encore en traitement à cet hôpital.

28 septembre. — D'après les statistiques officielles, le nombre des cas de choléra signalés à Hambourg est de 58, et le nombre des décès de 42; 49 cas et 30 décès se rapportent à la journée d'hier. 58 malades et 13 morts ont été transportés. On dément que des cas de choléra se soient produits à Charlottenburg, faubourg de Berlin. Dans la capitale même on ne signale pas de nouvelle entrée à l'hopital de Moabit.

On nous écrit de Strasbourg :

Une ordonnance de police permet de nouveau la vente, à Strasbourg, du poisson de mer expédié directement des ports. L'importation des viandes et autres denrées arrivées par voie maritime est également autorisée. Quoique les mesures prohibitives soient levées, il est spécialement recommandé aux destinataires recevant des marchandises des ports contaminés de brûler ou de désinfecter l'emballage et les caisses où elles étaient renfermees. Les trois personnes atteintes d'affections cholériformes pendant la dernière quinzaine, à Strasbourg, et qui avaient été isolées par mesure de précaution, ont quitté l'hopital complètement guéries. Il a été établi qu'elles n'avaient eu que de fortes diarrhées. L'état sanitaire, à Strasbourg, comme dans toute l'Alsace-Lorraine, continue à être excellent : aucun cas de choléra n'y a été signalé et l'on constate même moins de malades en général que les autres années.

Bruxelles, 23 septembre. — A Anderlecht, cinq personnes ont été atteintes du choléra. Aujourd'hui, à Molenbeeck, trois personnes sont mortes ; quatre sont encore en traitement. La ville de Bruxelles est toujours indemne. Il ne s'est produit aujourd'hui à Pâturages aucun nouveau cas cholérique, ni aucun décès. A Quaregnon, le choléra a fait son apparition ; deux enfants sont morts aujuurd'hui.

A part les préoccupations que causent les affaires du Congo, tout est ici en pleine léthargie. On s'inquiète un peu de la marche du choléra qui s'étend lentement dans les faubourgs populeux de Bruxelles et beaucoup des mauvais traitements que les mineurs belges ont eu à subir dans le Pas-de-Calais. Le choléra ne s'étendra probablement pas beaucoup cette année ; il n'a pas fait en tout cent victimes à Anvers, pas vingt à Bruxelles ; mais il est incontestable que tous les cours d'eau qui aboutissent à Anvers sont contaminés, c'est ce qui a créé des foyers d'épidémie sur les canaux et rivières qui débouchent dans l'Escaut, à Boum, à Villebroeck, à Malines et finalement à Molenbeeck-les-Bruxelles, où l'épidémie paraît vouloir elire domicile, dans les impasses infectes où grouille la population pauvre de ce faubourg industriel. Il y a, d'ailleurs, même au centre de cette ville si propre, du pays célèbre entre tous par la passion de ses habitants pour la propreté des maisons, des quartiers absolument immondes, sans égout, sans eau potable, où une population misérable grouille dans l'ordure. Et les propriétaires de ces taudis en retirent jusqu'à 10 0/0 de loyer. Les journaux demandent aux bourgmestres d'user du pouvoir absolu que la loi leur confère à cet effet, et de faire assainir ces impasses aux frais des proprietaires, au besoin de les faire demolir ou evacuer. Il est à espérer, en présence de ce mouvement d'opinion, que les administrations communales devront faire le nécessaire, et que le choléra trouvera l'an prochain des armes sérieuses pour le recevoir.

24 septembre. — La situation sanitaire reste la même à Anderlecht et à Molenbeeck. Depuis hier, il s'est produit trois nouveaux cas à Anderlecht et deux décès. A Molenbeeck, un cas nouveau. L'état du malade est très grave.

25 septembre. — L'épidémie vient de se concentrer à Anderlecht et à Molenbeeck. Deux cas se sont produits dans une ecole. L'ecole est fermee. Le fossoyeur d'Anderleeck a été atteint du choléra. On signale un nouveau deces à Anderlecht. A Molenbeeck on signale 1 cas et 2 décès ; 3 malades sont en voie de guérison. A Anvers, il n'y a pas eu un seul décès cholerique depuis deux jours. Les renseignements officiels portent que depuis le commencement de l'épidémie il y a eu 142 entrées de cholériques à l'hôpital, 80 sorties et 50 décès. Il reste encore 12 malades en traitement. Le chef du service médical à Feignies exigera à partir d'aujourd'hui de toute personne venant de Mons ou du Borinage et se rendant en France, un certificat d'origine signé par le bourgmestre et par un médecin. Cette décision a été prise en raison de l'épidémie de choléra qui sévit à Paturages.

26 septembre. — On signale quatre nouveaux cas de choléra à Molenbeeck, un décès à Anderlecht où il n'y a pas eu de nouveau cas. A Bruxelles, on constate un seul cas aujourd'hui. Dans le Borinage, l'épidémie reste stationnaire. Il y a encore trente malades à Paturages. A Mons, une aile de l'hôpital civil a été préparée dans le cas où l'épidémie viendrait à éclater en ville. A Anvers, on peut considerer l'épidémie comme terminée. Il n'y a eu aucune entrée ni aucun décès cholérique, dans les hopitaux, de dimanche à lundi.

27 septembre. — Il n'y a pas eu de nouveau cas à Bruxelles, ni à Molenbeeck. On signale trois cas à Anderlecht. A Paturages, on a constaté deux décès cholériques cette nuit. Trente malades sont en traitement de diarrhée cholériforme.

28 septembre. — La situation sanitaire s'améliore partout et le choléra n'a plus fait son apparition dans aucun endroit non contaminé. Les autorités considèrent le danger comme passé. Il n'y a eu aucun nouveau cas à Bruxelles ni dans les faubourgs. Une femme, atteinte depuis plusieurs jours, est morte cette nuit à Molenbeeck ; deux autres malades sont au plus mal à l'hôpital de ce faubourg. Le service statistique sanitaire central a relevé l'existence du choléra dans 31 communes de Belgique, et un total de 214 deces, dans tout le pays, depuis le commencement de l'épidémie.

Saint-Pétersbourg, 23 septembre. — Un agent de police de Taschkent a assassiné d'un coup de poignard dans un café le doyen du quartier asiatique, que la population avait déjà voulu massacrer pendant les désordres du mois de juin. Le meurtrier, se voyant cerné, s'est suicidé avec son arme. Au bourg de Lyssabiki (province de Sedlets en Pologne), la foule, surexcitée par les racontars d'un individu qui prétendait qu'on empoisonnait les malades et qu'on les enterrait vifs, a voulu récemment faire un mauvais parti aux membres du détachement sanitaire. Ceux-ci, lombardés de pierres dans une auberge, ont échappé à la fureur populaire en se refugiant dans la maison de police jusqu'à l'arrivée de la force armée qui a retabli l'ordre.

24 septembre. — L'épidémie touche à sa fin dans la capitale. On n'a plus constaté hier que 19 cas et 13 décès. Par contre, le cholera a envahi les provinces baltiques. A Riga, il y a eu 16 cas et 8 décès.

25 septembre. — Il y a eu hier à Saint-Pétersbourg 32 cas de chlolera et 5 décès. La croissance de l'épidémie est très sensible dans toute la Russie.

26 septembre. — On a constaté hier à Saint-Pétersbourg 17 cas de cholera et 10 deces.

27 septembre. — Hier, il y a eu à Saint-Pétersbourg 20 cas de cholera et deux décès. L'épidémie continue à sévir, mais plus faiblement, en Pologne.

Un correspondant du *Temps* envoie la note suivante au sujet de l'épidémie en Russie :

« Je viens de traverser toute la partie de la Russie comprise entre la frontière de l'Autriche et Saint-Petersbourg. Sur la foi des journaux allemands et autrichiens, je m'attendais à trouver un pays bouleversé par la panique du choléra. On disait à Vienne que des cas avaient été constatés à 75 verstes de la frontière, que les trains étaient bondés de fuyards qui répandaient à travers la Pologne entiere des germes empoisonnés, qu'en un mot la situation etait d'une gravité exceptionnelle. Des amis m'avaient meme oblige à emporter toute une petite pharmacie pour me défendre contre l'invasion. Aussi quelle fut ma surprise en decouvrant une Russie parfaitement tranquille, ou l'on semblait ignorer l'existence du choléra. Je n'aurais certainement pas entendu prononcer autour de moi ces trois syllabes redoutées si je n'avais pas interroge quelques-uns de mes compagnons de route au sujet de la marche de l'epidémie. Comme j'arrivais d'un pays indemne, je n'ai pas eu a subir de quarantaine et aucune commission de desinfection n'a cru devoir preceder à la destruction de mes effets. On m'a d'ailleurs paru etre tres philosophe dans les gares que j'ai traversees. Tout ce que j'ai pu observer en fait de mesures sanitaires, c'est à Ivanitza une carafe d'eau portant les mots : eau bouillie, et par ci par la des traınees de poudre blanche ou rouge répandant des odeurs pharmaceutiques. J'allais oublier qu'au buffet de Dunabourg on a refusé de me donner un sandwich au jambon : defense expresse de vendre de la viande de porc. Il est vrai qu'en revanche j'aurais pu me régaler de pommes vertes que le garçon m'offrait avec un sourire engageant.

« Saint-Pétersbourg a garde son aspect accoutumé : rien, absolu-

ment rien n'y décèle la présence du choléra. L'automne a ramené en ville une foule de Pétersbourgeois, les rues sont animées, chacun va à ses affaires ou à ses plaisirs comme d'ordinaire. Les théâtres impériaux viennent de rouvrir leurs portes, et les concerts dans les jardins publics sont tout aussi fréquentés qu'au mois de juin, peut-être même davantage, puisque le temps s'est enfin mis au beau après un été exécrable. C'est en vain que j'ai cherché les cadavres sans sépulture que le correspondant d'un grand journal allemand prétendait avoir vus dans les rues de la capitale russe. L'épidémie cholérique a même profité à la ville, qui est reluisante de propreté; la police a fait donner un solide coup de balai dans les quartiers populaires. On a nettoyé, assaini, désinfecté partout, et les propriétaires récalcitrants ont été frappés d'amendes considérables. Si bien que l'hiver prochain va s'ouvrir pour les Pétersbourgeois dans des conditions sanitaires excellentes. Chose peu commune en Russie, les mesures contre le choléra ont été prises à temps. Déjà, au mois de juin, on s'est préparé à recevoir l'hôte redoutable qui remontait la vallée du Volga à pas de géant. La ville a été divisée en un certain nombre de sections confiées à des médecins de valeur qui avaient l'ordre de faire immédiatement savoir aux autorités tous les cas de choléra dont ils auraient connaissance. Les malades devaient être transportés à l'hôpital, et les maisons désinfectées et placées sous une surveillance étroite.

« En outre, on essayait d'inculquer au peuple quelques indispensables notions d'hygiène, on lui recommandait de ne pas boire d'eau non bouillie — l'eau de Seine est de l'eau de source en comparaison de l'eau de la Neva, — on lui faisait distribuer du thé dans beaucoup d'endroits, etc. En un mot, la manière dont la lutte contre le choléra a été menée à Saint-Pétersbourg fait certainement le plus grand honneur aux autorités municipales et à la police. Pour tout dire, il faut ajouter que l'épidémie a eu dès le début un caractère très bénin; c'est ce qui explique que 30 0/0 à peine des personnes atteintes du choléra sont mortes. »

Vienne, 23 septembre. — D'après des renseignements officiels, il n'y a eu, d hier à aujourd'hui 8 heures du matin, aucun nouveau cas de choléra à Podgorze; il y en a eu un à Cracovie et il n'y en a pas eu à Wolwiec. La nouvelle que le choléra asiatique aurait fait son apparition à l'hôpital militaire de Lemberg est inexacte; seul, un fantassin est tombé malade; il est atteint de choléra nostras et son état s'est déjà amélioré. Chez les deux malades de Wolwiec on a constaté la présence du bacille virgule; ces deux malades vont mieux. L'état sanitaire de Wolwiec et des environs est des plus satisfaisants. On a pris toutes les mesures nécessaires pour soumettre les voyageurs venant de Roumanie en Bukovine à un examen médical semblable à celui auquel sont soumises les personnes venant d'Allemagne et de Russie. On va en outre publier des ordonnances interdisant les importations. Ces mesures sont prises à cause de la propagation du choléra en Roumanie et de la nouvelle, non encore confirmée officiellement, d'après laquelle des cas de choléra se seraient produits dans l'armée roumaine.

Amsterdam, 23 septembre. — Hier, dans l'après-midi, un bateau venant de Hillegom est arrivé à Amsterdam. Peu de temps après, la femme et un enfant du batelier ont éprouvé des symptômes cholériques. A bord d'un vaisseau du Rhin, une personne a été atteinte du choléra asiatique. A Neerbitter, on signale un décès cholérique.

28 septembre. — On a constaté dans diverses localités de la Hollande quatre cas de choléra asiatique et un cas de choléra nostras. Une note du ministre de l'intérieur, publiée par le *Journal officiel*, dit que la semaine dernière 24 personnes sont mortes du choléra asiatique.

La Haye, 27 septembre. — L'épidémie de choléra s'étend dans tout le royaume, mais avec peu d'intensité. On signale un décès cholérique à La Haye, deux à Maarsen. Le choléra a aussi fait son apparition à Delft, Alfen-sur-le-Rhin et Groningue.

Espagne. — Le gouvernement espagnol a donné l'ordre aux postes établis sur la frontière française d'appliquer avec moins de rigueur les mesures sanitaires aux voyageurs venant de France. Les nouvelles mesures seront plus douces que celles prises au début de l'épidémie.

Amérique. — La correspondance du *New-York-Herald* au Venezuela annonce que le steamer français *Labrador*, de Bordeaux, est arrivé le 14 à la Guayra. Il avait un décès cholérique. Cinq nouveaux cas se sont produits dans le port de New-York, à bord de la *Bohemia*. On mande de Vancouver qu'un cas de choléra s'est déclaré à bord de l'*Empress-of-India*, venant de Yokohama.

En France. — *A la frontière* — *Perpignan*, 25 septembre. — Les agents sanitaires espagnols redoublent de sévérité sur la frontière de France. En Cerdagne, les habitants du canton de Saillagouse ne peuvent pénétrer en Espagne que par Puycerda où un poste sanitaire a été établi. A sept heures du soir le poste est fermé et personne ne peut plus entrer en Espagne. A Port-Bou, les voyageurs arrivant de France sont minutieusement examinés en wagon et leurs colis sont soigneusement fumigés. Par suite, les trains éprouvent de longs retards.

A Rouen, l'épidémie touche à sa fin; il n'a été amené, hier, aucun malade à l'Hôtel-Dieu et il ne s'est produit aucun décès parmi les 23 malades en traitement. Au Havre, il y a eu 8 cas nouveaux et 2 décès.

Dans l'Eure, petite recrudescence de l'épidémie à Pont-Audemer, où l'on signale 4 cas nouveaux et 3 décès.

Le préfet de l'Aveyron a été avisé hier que le gendarme Badin, d'Asprières, était mort du choléra et qu'il avait été inhumé immédiatement.

Au Havre, le 22 septembre, journée moins bonne que celle de la veille; 13 cas nouveaux et 8 décès portant sur trente-six heures, le bureau de l'état civil ayant été fermé le jour de la fête nationale.

Au Havre, il y a eu, le 23, 7 cas et 4 décès; il reste 13 malades en traitement à l'Hôtel-Dieu.

A Rouen, il ne s'est produit hier aucun décès et aucun cholérique n'est entré à l'hôpital.

A Saint-Omer on a constaté 2 cas de diarrhée cholériforme dont 1 suivi de mort.

Près de Boulogne-sur-Mer, 10 cas de diarrhée cholérique suivis de décès ont été constatés pendant la semaine au Portel, petite bourgade de pêcheurs; il y a encore en ce moment 12 malades en traitement dont 3 très sérieusement atteints.

Au Havre, on a constaté, le 25, 4 cas et 5 décès; la souscription publique ouverte en faveur des victimes du chômage atteint près de 200.000 francs; le bulletin quotidien va être supprimé.

Paris. — Pendant la 38e semaine de 1892 (du 18 au 24 septembre inclusivement), le service de Statistique municipale a compté 853 décès au lieu de 987 enregistrés pendant la semaine précédente et de 854, moyenne des semaines de septembre des cinq années antérieures. Le chiffre des décès dûs aux affections cholériformes continue à décroître (64 décès au lieu de 71 pendant la semaine précédente et de 148 pendant la 36e semaine). Il en est de même de la diarrhée qui n'a causé que 3 décès d'adultes au lieu de 7, 11, 13 et 14 pendant les semaines précédentes. Nous donnons ci-après le tableau des décès par diarrhée et par choléra survenus en chacun des jours de la dernière semaine: Dimanche 18: affections cholériformes, 12; diarrhée au-dessus de 5 ans, 1. Ensemble, 13. — Lundi 19: affections cholériformes, 4. — Mardi 20: affections cholériformes, 7. — Mercredi 21: affections cholériformes, 7. — Jeudi 22: affections cholériformes, 7. — Vendredi 23: affections cholériformes, 15; diarrhée au-dessus de 5 ans, 1. Ensemble, 16. — Samedi 24: affections cholériformes, 12; diarrhée au-dessus de 5 ans, 1. Ensemble, 13. — Totaux: affections cholériformes, 64; diarrhée, 3. Ensemble, 97.

En outre, 14 habitants de la banlieue sont morts de choléra dans les hôpitaux parisiens. Le nombre des cholériques admis dans les hôpitaux (180) est un peu inférieur à celui de la semaine précédente (192). La mortalité par athrepsie, gastro-entérite, etc., présente une diminution très sensible. Cette maladie n'a en effet causé que 82 décès d'enfants (au lieu de 111 pendant la semaine précédente et de 109, moyenne ordinaire de la saison.

Voici maintenant les entrées, sorties et décès dans les hôpitaux du 16 au 22 septembre.

Mouvement du mois de Septembre 1892.

Dates	Entrées Banlieue.	Entrées Paris.	Décès (1).	Sorties.	Existants.	Observations.
23 septembre	8	23	14	22	198	
24 —	4	29	11	21	199	
25 —	1	8	7	8	193	
26 —	4	17	13	26	175	
27 —	3	19	3	11	183	
28 —	5	22	10	17	183	
29 —	4	21	13	10	185	
	29	1[illegible]9	71	115		(1) Y compris les décès des malades de la banlieue traités dans les hôpitaux de Paris. Les décès sont comptés de minuit à minuit.
	148					

Albin R.

L'Infirmier Charrière.

Après Saint-Antoine, la Pitié. Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un infirmier victime de son dévouement. La semaine dernière, l'infirmier Charrière, employé depuis 2 ans à la Pitié, succombait aux suites du choléra qu'il avait contracté dans son service. Tombé malade le 17 à 10 heures du soir, il était emporté le lendemain matin à 9 heures 1/2 par le terrible fléau. Marié et père d'un enfant de trois mois, Charrière, dont la conduite était excellente et la santé robuste, laisse dans l'établissement d'unanimes regrets.

A ses obsèques faites aux frais de l'administration, on remarquait M. Gallet, chef de division de l'Assistance publique remplaçant M. Peyron; M. Sauton, président du Conseil municipal; Oudot, directeur de la Pitié et une délégation des infirmiers et infirmières de cet hôpital.

Le corps a été conduit au Père-Lachaise et inhumé dans le caveau municipal destiné aux victimes du devoir. De superbes couronnes offertes par l'administration, par MM. les Internes en médecine et en pharmacie, ainsi que par les infirmiers, ornaient le char funèbre.

Une collecte faite dans la maison a été remise à la veuve du courageux et dévoué infirmier, dont la mort montre à ceux qui s'acharnent contre la laïcisation que le personnel laïque, en temps d'épidémie, ne quitte la place que malade ou mort, ce que n'ont pas toujours fait les religieuses, à ce même hôpital Notre-Dame de Pitié, dans les premiers temps du règne de Louis-Philippe, où elles quittèrent toutes leur service après avoir refusé de veiller les malades. Nous sommes heureux de voir le corps des infirmiers et des infirmières faire preuve à l'encontre des religieuses de cet esprit de discipline et d'abnégation.

La mort à la tâche de Mme Niederlander et de l'infirmier Charrière sont une glorieuse et éloquente protestation de ceux qui savent mourir contre ceux qui diffament sans preuves une œuvre philanthropique et républicaine. Albin R.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 18 sept. 1892 au samedi 24 sept. 1892, les naissances ont été au nombre de 1105 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* legitimes, 428; illégitimes, 151, Total, 579 — *Sexe féminin :* légitimes, 395 ; illégitimes, 131. Total, 526.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 18 sept. 1892 au samedi 24 sept. 1892, les décès ont été au nombre de 853 savoir : 486 hommes et 367 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 15, F. 15, T. 30. — Variole : M 0, F. 0 T. 0 — Rougeole : M. 2, F. 1, T. 3. - Scarlatine : M. 0, F. 1, T 1. — Coqueluche : M. 2, F 3, T. 5 — Diphtérie, Croup : M. 17 F. 10, T. 27. — Affections cholériformes : M. 42, F. 22, T. 64. — Phtisie pulmonaire : M. 102, F. 56, T. 158 — Autres tuberculoses : M 13, F. 11, T. 24 — Tumeurs bénignes . M. 1. F. 0, T. 1 — Tumeurs malignes : M. 7, F. 22, T. 29. — Méningite simple : M. 20. F. 6, T. 26 — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 9, T. 32. — Paralysie, M 2 F. 1, T. 3 — Ramollissement cérébral : M. 3 F 4, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 30, T. 56. — Bronchite aiguë : M 5 F 1, T. 6 — Bronchite chronique. M. 12 F. 8, T. 20. — Broncho-Pneumonle : M. 6, F. 10, T. 16, — Pneumonie : M. 11, F. 14, T. 25 — Gastro-entérite, biberon : M. 38 F. 29, T. 67 — Gastro-enterite, sein · M 7, F. 8, T. 15. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 0, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F 3, T 3 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 Débilité congenitale : M. 16, F. 7, T. 23 — Sénilité : M. 6, F. 18, T. 24. — Suicides : M. 15, F. 4, T. 19 — Autres morts violentes . M. 10, F. 3, T. 13 — Autres causes de mort : M. 77, F. 66, T. 143 — Causes restées inconnues : M. 5, F. 3, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 73, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 22, illégitimes, 17. Total : 39. — *Sexe féminin :* légitimes, 21, illégitimes, 13. Total : 34.

Service de santé de la marine. — M. le Dr Moursou, médecin principal de la marine, en retraite, est nommé dans la réserve, au grade de médecin principal, par décret du 24 septembre dernier. — M. Le Landais, médecin de 1re classe de la marine en retraite, entre dans le cadre de réserve avec le même grade.

Une statue au Dr Ricord. — Le Dr Ricord aura bientôt sa statue à Paris. Le président de la République vient, en effet, d'approuver un arrêté du préfet de la Seine autorisant l'érection de cette statue sur une des places publiques de la capitale.

Nécrologie. — On télégraphie de Dieppe, 5 septembre : Un voyageur, qui avait pris hier passage sur le bateau qui part de Dieppe dans l'après-midi, s'est jeté par-dessus bord, à environ deux encâblures des jetées. La baleinière du navire, immédiatement mise à l'eau, permit de le ramener ; transporté à terre, on constata qu'il avait cessé de vivre. Les papiers que l'on trouva sur lui permirent d'établir que le noyé s'appelait M. de Lorde et était docteur en médecine. Au nombre de ces papiers figure un testament par lequel le défunt lègue à Madame Georgette Mounet-Sully une propriété qu'il possédait à Houilles. — M. le Dr Saint-Marcel, de Bourg-la-Reine. — M. le Dr Latil, ancien médecin militaire. — M. le Dr Pointcarré, de Nancy. — *O Brazil medico* consacre une très importante nécrologie à son regretté collaborateur, le Dr Alvaro de Oliveira, décédé à l'âge de 28 ans. — M. le Dr Bouchard, de Dôle. — M. le Dr Fabreguettes, de Saint-Chamont (Loire). — M. le Dr Pilat, de Lille. — M. le Dr Prieur, de Gray. — M. le Dr Roguin, de Valence. — M. le Dr Legur, de Lavaur. — Nous apprenons également le décès de M. le Dr Poincaré, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Gueneau de Mussy vient de succomber à l'âge de 70 ans. Nous publierons sa nécrologie dans notre prochain numéro.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 41. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 8 OCTOBRE 1892.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

—

Nouvelle méthode de traitement des luxations complètes du cristallin ;

par le Dr **ABADIE**.

Il est extrêmement rare que les luxations complètes du cristallin n'entraînent pas, à la longue, la désorganisation des membranes profondes de l'œil.

Le plus ordinairement il se développe un processus glaucomateux que l'iridectomie ne peut enrayer et qui exige parfois l'énucléation du globe oculaire.

Quand la luxation du cristallin est *complète*, c'est-à-dire qu'ayant complètement quitté le champ pupillaire, il est couché à la partie la plus déclive de l'œil, on ne peut guère songer à le retirer par extraction. Il faudrait, en effet, pour cela pratiquer une large ouverture à la sclérotique, puis chercher à tâtons au moyen d'une curette. On risquerait ainsi de vider presque tout le corps vitré sans parvenir à retirer la lentille. Il existe bien dans la littérature ophtalmologique quelques observations où le cristallin, en apparence tout à fait luxé, a pu être enlevé par extraction. Mais, dans ces cas-là, au moindre mouvement de l'œil, ou en plaçant les malades dans certaines positions, couché par exemple sur le ventre, la tête dirigée en bas, le cristallin luxé apparaissait de nouveau et devenait accessible.

Chez les malades dont je m'occupe en ce moment, il n'en était plus ainsi, le cristallin complètement luxé, immobile à la partie la plus déclive du corps vitré, ne remontait plus dans le champ pupillaire, on ne pouvait l'apercevoir qu'en éclairant fortement de haut en bas avec le photophore électrique.

Pour remédier à cet état de choses, j'ai eu l'idée que voici. Mise en pratique, elle m'a réussi.

Le malade étant placé dans le décubitus dorsal et le regard étant dirigé en bas, l'œil atropinisé et cocaïnisé, j'éclaire avec un photophore électrique le champ pupillaire en projetant la lumière de haut en bas. Dans ces conditions d'éclairage on aperçoit facilement le cristallin couché horizontalement, ballottant au moindre mouvement de l'œil et apparaissant en raison de sa grande réfringence comme une large goutte d'huile dans le corps vitré.

L'œil étant maintenu dans cette position par une pince à fixation tenue de la main gauche, avec la droite je saisis un crochet à grande courbure, très pointu et coupant sur un bord, comme une serpette. Je l'enfonce latéralement un peu en arrière de la région ciliaire et je l'introduis dans l'œil en le dirigeant vers le cristallin. L'instrument grossi est vu très aisément et il est très facile de le manœuvrer et d'arriver à piquer avec la pointe le cristallin qui fuit tout d'abord mais qu'on finit par acculer contre la sclérotique. Une fois que celui-ci est pour ainsi dire embroché, on le dirige où l'on veut et il est très facile de le porter en avant et de le ramener, ainsi fixé, dans le champ pupillaire. Pendant qu'on le tient toujours ainsi fixé, un aide ponctionne la chambre antérieure et introduisant un kystitome dilacère en tous sens la cristalloïde antérieure.

Les jours suivants, le cristallin ainsi discissé se gonfle, reste en place et il se forme une cataracte molle. On pourrait à la rigueur l'abandonner à sa résorption spontanée, mais il est préférable d'agir de la façon suivante : Au bout de 5 à 6 jours, quand le cristallin est bien imbibé, gonflé, ramolli, on fait une large paracentèse de la cornée, puis, avec le kystitome, on dilacère le cristallin, un peu dans tous les sens, de façon à le fragmenter et à le dissocier. Alors on introduit la large canule fenêtrée de la seringue à aspiration et on l'aspire. Une certaine quantité des masses est ainsi retirée ; s'il en reste encore on fait de nouveau une dilacération avec le kystitome, on aspire de nouveau et ainsi de suite jusqu'à ce que, séance tenante, l'aspiration de toutes les masses dissociées soit complète.

J'ai opéré par ce procédé 3 malades âgés de 40, 43 et 50 ans, ayant eu tous les trois une luxation complète du cristallin transparent, suite de traumatisme, et j'ai obtenu chez tous les trois la guérison.

Ce mode de traitement est évidemment encore plus facilement applicable quand la luxation est incomplète, et, quand il s'agira d'un cristallin transparent, on pourra toujours l'employer, car j'ai déjà fait remarquer à plusieurs reprises que même à un âge avancé, contrairement à ce qu'on croyait jadis, il n'y a pas en somme de noyau véritable et, par des dilacérations et des aspirations successives, on pourra tout évacuer. Si, au contraire, le cristallin est dur et contracté, on pourra ainsi le maintenir fixé et l'extraire plus facilement.

M. RENAN ET LES LIVRES A DÉDICACES. — Dans *le Journal*, M. Hugues le Roux consacre un article anecdotique sur le savant éminent qui vient de disparaître. « La politesse de Renan, dit M. le Roux, était sa règle... Des admirateurs un peu inconsidérés lui envoyaient régulièrement leurs œuvres littéraires avec de flatteuses dédicaces. Le grenier du Collège de France était plein de ces volumes hétéroclytes. Des feuilletons à un sou reliés de papier jaune : *La Main Sanglante, la Vengeance du Mort.* Un libraire, ajoute le rédacteur du *Journal*, proposa au savant de le débarrasser de ces paperasseries. Quelques centaines de volumes passèrent ainsi dans les boîtes du quai. Les auteurs les y retrouvèrent et écrivirent à M. Renan des lettres d'injures. » M. Renan en fut, dit-on, vraiment affecté. Mais n'y avait-il, dans les greniers du Collège de France, que des ouvrages hétéroclytes ? Notre collaborateur, Albin Rousselet, possède dans sa bibliothèque un de ces ouvrages destinés aux rats des greniers du Collège de France et du à la plume d'un de nos aliénistes les plus distingués, M. Felix Voisin. Son livre, intitulé : *Nouvelle loi morale et religieuse de l'humanité, analyse des sentiments moraux.* Paris, J.-B. Baillière, 1862, 1 vol. in-8, porte la dédicace suivante : « *A Monsieur Renan, membre de l'Institut. Estime bien sentie. Il m'a semblé, Monsieur, que j'avais l'honneur de parler un peu votre langue.* » Felix VOISIN. — Nous n'incriminons pas, il va de soi, M. Renan de ne pas avoir lu l'excellent livre du regretté Dr Felix Voisin. Il a peut-etre eu tort, car ces deux hommes etaient faits pour se comprendre. Mais ce qui est surtout à faire observer, c'est de ne jamais envoyer, si l'on a quelque talent, de ses volumes avec dédicace aux grands hommes, car on les voit trop souvent, comme le remarquable volume de Felix Voisin, figurer sur les boîtes du quai à côté d'ouvrages demodés ou dans la boîte à deux sous.

CLINIQUE MÉDICALE

Leçons sur les Aortites (1) ;

par **Henri HUCHARD**, médecin de l'Hôpital Bichat.

Aortite aigue et subaigue (*Suite*) (2).

(2e Leçon.)

Sommaire. — Symptomatologie. — 1° Symptômes de l'endo-aortite. Rapports anatomiques de l'aorte avec le sternum et les parois cardio-aortiques. Dilatation de l'aorte, procédés cliniques pour la constater. Elévation des sous-clavières. Absence possible de bruits de souffle. Insuffisance fonctionnelle des orifices aortique et mitral. Rétrécissement *relatif* de l'orifice aortique sans lésion valvulaire. Battements artériels du cou. — Causes de l'hypertrophie cardiaque. Accès de pâleur de la face. Importance des réflexes vasculaires (ischémies et algidités locales), étourdissements, vertiges, syncopes. Oblitérations artérielles. Cachexie artérielle.

2° Symptômes de la péri-aortite. Symptômes douloureux permanents ou passagers. Angine de poitrine. Dyspnée. Pseudo-asthme cardiaque et pseudo-asthme aortique. Quatre variétés de dyspnée.

3° Œdème des membres inférieurs. Hyposystolie et asystolie. Troubles gastriques, cérébraux, etc.

Pronostic. — Aortite aiguë, maladie à répétition et à poussées. Mort *subite* (par angine de poitrine). Mort *rapide* par complication (embolie cérébrale). Mort *lente* par asystolie.

Diagnostic. — Aortite aiguë *primitive* et *secondaire* à l'aortite chronique. L'aortite aiguë est une affection *dyspnéique, douloureuse* et *syncopale*. Importance de ces trois éléments symptomatiques, la dyspnée, la douleur, quelquefois l'état syncopal ou lipothymique, pour le diagnostic.

Diagnostic de l'aortite aiguë *secondaire*. — Observations. Diagnostic avec les anévrysmes de l'aorte, les pseudo-angines de poitrine, l'endocardite, l'endocardite rhumatismale avec aortite, la péricardite, le goitre exophtalmique, la phthisie pulmonaire. Diagnostic du *siège* de l'aortite. Aortite de la portion ascendante, de la crosse, de la portion descendante (souffle dorsal à propagation xiphoïdienne). Observations.

Je vous ai fait connaître les modes de début, l'évolution générale de l'aortite ; il est maintenant utile de décrire les divers symptômes qui la révèlent.

Or, j'ai démontré que les principaux phénomènes révélateurs de cette maladie sont de quatre sortes, et qu'ils se rapportent :

1° A la dilatation de l'aorte ;

2° A l'endo-aortite ;

3° A l'oblitération ou au rétrécissement vasculaires ;

4° A la propagation du travail inflammatoire vers les organes voisins, péricarde et nerfs, c'est-à-dire à la péri-aortite.

A côté de ces symptômes, il en est d'autres plus ou moins importants dont j'aurai à parler dans le cours de cette leçon. Tout d'abord il est nécessaire de fournir les indications qui doivent nous guider dans la percussion et l'auscultation de l'aorte.

1° *Symptômes de la dilatation aortique*. — Dans le but de déterminer la valeur diagnostique de la matité de l'aorte, j'ai fait des recherches qui m'ont conduit à des résultats utiles à exposer.

La percussion de l'aorte doit être pratiquée au niveau du deuxième espace intercostal. Mais il se présente ici une difficulté d'appréciation, à cause du voisinage de la veine cave supérieure et des rapports étroits entre l'aorte et l'artère pulmonaire. Cependant, on peut toujours arriver à un résultat précis si l'on considère qu'à l'état normal l'aorte ascendante ne doit pas sensiblement dépasser le bord droit du sternum. Il en résulte que, si la matité dépasse ce bord et s'étend vers le deuxième espace intercostal droit, on est en droit d'affirmer l'existence de la dilatation aortique. Ce résultat fourni par la percussion est confirmé par l'évaluation des distances approximatives qui séparent la crosse de l'aorte du bord supérieur de la paroi sterno-costale. Le grand sinus de cette artère est à une distance de 15 millimètres de la fourchette sternale chez l'adulte de l'un et de l'autre sexes ; mais aux âges extrêmes de la vie, ce rapport n'est plus le même, car cette distance est moindre chez les veillards et chez l'enfant pour deux raisons différentes : dans un âge avancé, le grand sinus est dilaté et conséquemment l'aorte s'est rapprochée du sternum ; mais dans les premières années de la vie, cet éloignement des deux organes est le résultat de la brièveté de ce plan osseux.

La région de l'aorte la plus accessible à la percussion est sa partie moyenne, c'est-à-dire le point où sa portion ascendante se continuant avec sa portion horizontale, ce vaisseau est sur un plan antérieur et plus rapproché du sternum. Au niveau de la tête de la première côte et dans le premier espace intercostal, ces rapports sont moins immédiats à l'état normal parce que la crosse aortique s'éloigne progressivement du bord droit du sternum et a pris position dans un plan plus postérieur que celui de la portion transverse.

Il faut encore se rappeler que la percussion de la région aortique chez un malade placé dans le décubitus dorsal peut ne pas donner de résultat, alors même que les rapports de ce vaisseau sont modifiés. Dans ce cas, il faut le faire asseoir et pratiquer la percussion quand il se penche en avant, position ayant pour résultat d'augmenter la contiguité de ces rapports. Enfin, au point de vue du manuel opératoire de cette exploration, il est inutile, comme on l'a dit, d'employer le plessimètre ou le plessigraphe, le sternum étant par lui-même un véritable plessimètre.

Les distances numériques que je vais indiquer ne sont pas admises par tous les auteurs, et quelques-uns prétendent que la zone de matité aortique comprise entre les deuxième et troisième espaces intercostaux droit et gauche varie de 4 à 5 centimètres et demi chez l'homme et entre 2 centimètres et demi à 3 centimètres et demi chez la femme (Peter). Or, ces chiffres ne sont pas absolument exacts. Autre chose, en effet, est de mesurer une aorte vide de sang sur le cadavre et une aorte distendue pendant la vie. Dans l'état de vacuité, cette artère possède un diamètre transversal différent de celui du même vaisseau rempli de sang. Pour connaître exactement les dimensions normales de l'aorte, on devrait l'injecter préalablement, par une des branches collatérales, telles que la carotide. Aussi, d'après mes recherches, je n'hésite pas à adopter, pour ces dimensions, les chiffres de 4 à 5 centimètres chez l'homme et de 3 à 4 centimètres chez la femme.

Dans toute dilatation de l'aorte, qu'elle soit symptomatique d'une inflammation aiguë ou chronique de ce vaisseau, on constate un signe très important et mal connu encore, malgré les recherches de Faure (1) à ce sujet, je veux parler de l'*élévation des sous-clavières*.

Pour pratiquer l'exploration de ces vaisseaux, il faut, de préférence, rechercher la sous-clavière *droite* pour des raisons que l'anatomie fait connaître. La sous-clavière gauche, en effet, est placée sur un plan plus postérieur que la droite ; celle-ci déborde donc le bord supérieur de la clavicule ; elle est, par conséquent, plus superficielle que son homologue. Mais, en l'explorant, on doit, pour plus de facilité, abaisser le moignon de l'épaule, et en même temps porter celui-ci un peu en arrière, manœuvre qui a pour effet, en diminuant la profondeur du creux sus-claviculaire, de faciliter la recherche de la sous-clavière. Pour cette recherche, il ne faut pas oublier d'ailleurs que normalement cette artère est située en arrière du tubercule du scalène antérieur, au niveau de la première côte, en haut et en dehors du muscle omoplato-hyoïdien. Le tubercule du scalène antérieur et ce dernier muscle servent donc de points de repère et permettent

(1) Extrait de la 2e édition des *Leçons de clinique et thérapeutique sur les maladies du cœur et des vaisseaux* (Paris, octobre 1892, Doin, éditeur).

(2) Voir *Progrès Médical*, nos 38 et 40.

(1) A. Faure. — *Archives générales de médecine*, 1874.

d'éviter toute confusion entre la carotide et la sous-clavière.

Dans l'aortite aiguë, et surtout dans la forme chronique, ces rapports sont modifiés; de là des signes physiques d'une grande valeur, comme le démontre la symptomatologie.

Maintenant, il va nous être plus facile de décrire les symptômes qui permettent de reconnaître une aortite aiguë. La dilatation de l'aorte, compagne presque inséparable de cette maladie, se reconnaîtra par *l'augmentation de la matité préaortique*, par *l'élévation de la sous-clavière droite*, souvent par les *battements anormaux des artères du cou*. Ce dernier symptôme n'est pas sans importance, car il ne se rencontre que dans trois maladies : le goitre exophtalmique, la péricardite, les affections aortiques, et quelquefois chez les chlorotiques. Donc, lorsque vous le constaterez, vous n'aurez plus qu'à faire un diagnostic d'élimination,

Sous l'influence de l'ectasie aortique, on voit souvent survenir une *insuffisance des valvules sigmoïdes* par simple élargissement du vaisseau, insuffisance différente de celle qui est consécutive aux lésions valvulaires. La première est une insuffisance légère avec bruit de souffle ordinairement doux et parfois fugace ; la seconde aura les caractères et la permanence des inocclusions par altération anatomique des orifices. On observera dès lors un pouls fort, vibrant et serré ; mais, plus tard, quand le myocarde faiblira, les cavités du cœur se dilateront, et il en résultera une insuffisance mitrale fonctionnelle qui pourra modifier le pouls et le rendre faible, intermittent et inégal.

L'élévation des sous-clavières est un phénomène connexe de la dilatation aortique. A l'état normal, il n'existe pas de battements artériels visibles dans la région de ces vaisseaux. On devra les chercher dans un triangle limité en dedans par le sterno-cléido-mastoïdien, en bas par la clavicule, en dehors et en haut par l'omoplato-hyoïdien. C'est là qu'on portera le doigt sur la première côte, en arrière et en dehors du tubercule du scalène antérieur. Or, s'il existe de la dilatation de l'aorte, cette exploration ne donnera pas de résultat ; on ne trouve plus la sous-clavière à cette place, le muscle omoplato-hyoïdien devient inférieur au vaisseau qui est situé à 1 ou 2 centimètres au-dessus de la côte. La recherche de la sous-clavière ainsi soulevée est alors plus facile. Mais il ne faut pas confondre ses battements avec le soulèvement des jugulaires. Les mouvements produits par la régurgitation veineuse consistent dans un soulèvement *vertical* et ondulatoire, ceux de l'artère sous-clavière consistant dans un soulèvement *horizontal*. D'ailleurs, le critérium du déplacement de ce dernier vaisseau étant l'inefficacité de sa compression sur la première côte en dehors du tubercule du scalène antérieur, il devient possible par cette épreuve de lever tous les doutes.

2° *Symptômes de l'endo-aortite.* — Lorsque l'aortite intéresse l'ouverture des artères coronaires (aortite *péri-coronaire*), elle donne lieu à des *symptômes angineux* dont j'ai déjà fait mention et dont je parlerai plus loin, ces symptômes angineux ayant une grande importance par leur fréquence et leur caractère de gravité.

Dans les aortites chroniques et dans les aortites aiguës secondaires aux aortites chroniques avec dilatation de l'aorte et des sous-clavières, on peut parfois constater dans les bras, les avant-bras et les mains, et jusque vers la paroi thoracique, des *douleurs névralgiques* assez violentes qui en imposent pour l'existence de douleurs angineuses, d'autant plus qu'elles surviennent d'une façon paroxystique, sous l'influence de violentes palpitations par exemple. Or, cela s'explique par les nouveaux rapports que les artères sous-clavières surélevées affectent avec les branches du plexus brachial. Celles-ci battues par ces artères soulevées, surtout dans les périodes d'excitation du cœur, traduisent cette compression par des douleurs névralgiques plus ou moins violentes.

C'est ainsi que l'on voit des malades atteints de dilatation aortique se plaindre d'une souffrance continue dans une ou deux épaules, et de palpitations accompagnées de douleurs à la partie supérieure et antérieure de la poitrine, à la face interne des bras et des avant-bras. Ce sont des douleurs *névralgiques* et non angineuses, car elles ne surviennent pas par les efforts ou la marche, ou si les efforts les produisent, c'est toujours à la faveur des palpitations. J'ai vu nombre de fois des faits semblables, et on peut lire dans la thèse de Faure l'histoire d'un malade qui, notamment un soir, après un repas trop copieux, fut pris d'un accès névralgique des plus douloureux : « D'abord, ce furent des palpitations de plus en plus violentes, puis survint un véritable tumulte cardiaque, le pouls s'éleva à 116-120, des douleurs lancinantes, déchirantes parcouraient les bras et les avant-bras; des fourmillements intolérables tourmentaient les mains. Les régions pectorales étaient le siège de phénomènes douloureux analogues. »

J'ai dit que les bruits surajoutés et les *bruits de souffle* font souvent défaut dans l'aortite aiguë comme dans l'aortite chronique. Cela se comprend lorsque l'inflammation est limitée à la crosse, ou lorsqu'elle n'intéresse pas l'orifice aortique. Mais alors, on observe encore un changement de timbre dans les bruits normaux de la base. Ils sont plus ou moins voilés et comme sourds ou étouffés; d'autres fois, et surtout au début, les battements du cœur sont énergiques, les bruits éclatants, et l'organe semble affolé par de violentes palpitations.

D'autres fois encore, on perçoit à la base un souffle systolique, ou un souffle diastolique, ou les deux à la fois. Alors, il ne faudra pas les confondre avec le bruit de va-et-vient symptomatique d'une péricardite de la base. Vous savez déjà que le souffle diastolique est dû, soit à une lésion des valvules sigmoïdes, soit à une simple dilatation de l'orifice aortique.

Dans certains cas, on a pu constater l'existence d'un souffle systolique et diastolique de la base, alors que l'on ne constatait à l'autopsie ni rétrécissement ni insuffisance aortique. On ne peut expliquer ce fait qu'en admettant un rétrécissement *relatif* de l'orifice aortique par rapport à la dilatation fusiforme du vaisseau siégeant au-dessus. Quant au souffle du second temps qui ne peut s'expliquer par le reflux rétrograde du sang dans le ventricule et qui a son siège maximum, sans propagation, au niveau de la crosse aortique, on peut l'expliquer par le retour d'une partie de l'ondée sanguine dans la portion dilatée et moins élastique du vaisseau sous l'influence de l'élasticité artérielle conservée dans la partie située au-dessous de la dilatation. D'après Léger, il s'agirait plutôt d'un souffle produit « par la simple exagération des ondes secondaires qui existent à l'état normal. » Cette explication n'a pas le mérite de la clarté.

Lorsque l'aortite présente une grande intensité, elle a pour effet de diminuer l'élasticité de l'aorte. Or on sait que l'élasticité et la contractilité artérielles sont les auxiliaires des contractions cardiaques; il en résulte que celles-ci se feront avec plus de force d'abord et de difficulté ensuite pour vaincre les obstacles périphériques. C'est alors que l'on peut constater un signe d'une certaine valeur : la *prolongation de la systole*, qui paraît se faire en deux temps (bruit du trot), d'où la sensation prolongée du choc précordial, l'augmentation du petit silence, la diminution du grand silence ou de la phase diastolique du cœur, et par conséquent de la réplétion ventriculaire.

A la pointe, dans les dernières périodes de la maladie, il peut se produire aussi un souffle systolique faible et doux, symtomatique d'une insuffisance fonctionnelle de la valvule mitrale par élargissement de l'orifice : puis, si les phénomènes asystoliques s'accusent, l'orifice tricuspidien se dilate, et vous entendez un autre souffle au niveau de l'appendice xyphoïde.

A ces signes cardiaques s'en ajoutent d'autres encore.

Du fait même de l'inflammation, la paroi aortique a perdu son élasticité ; de là, pour le cœur, un effort plus grand de propulsion destiné à vaincre la résistance de la colonne sanguine ; d'où encore une augmentation du travail mécanique de cet organe ; d'où enfin l'*hypertrophie cardiaque*, lésion anatomique fréquente, même dans les premières périodes de l'aortite.

On en trouve la preuve, à défaut d'autres signes, dans les caractères du pouls spéciaux à l'hypersarcose ventriculaire. Mais, ne vous y trompez pas cependant ; il vous arrivera souvent de constater, dans le cours de la maladie avec une augmentation considérable de la matité cardiaque et l'abaissement de la pointe du cœur, les signes réels d'un affaiblissement ou d'une insuffisance myocardique (assourdissement du premier bruit, faiblesse de l'impulsion du cœur, etc.). N'allez pas alors, comme on le fait trop souvent, conclure de l'augmentation de la matité et de la voussure précordiale à l'existence d'une hypertrophie vraie. Augmentation de volume du cœur n'est pas synonyme d'hypertrophie ; et ici, par le fait de plaques d'aortite, rétrécissant souvent l'ouverture des coronaires et entravant la nutrition de l'organe, les altérations régressives ont promptement envahi les fibres du myocarde.

Alors, à ce moment, on voit surgir assez rapidement un *œdème des membres inférieurs* qui augmente en quelques jours dans de grandes proportions, envahissant successivement les cuisses, le tronc et les parois de l'abdomen. A la fin de la maladie, les urines se chargent de fortes quantités d'albumine, et j'ai vu dans un cas cet œdème se transformer en véritable anasarque.

3° *Symptômes dus au rétrécissement ou à l'oblitération des vaisseaux*. A côté de ces symptômes accusateurs des lésions anatomiques de l'aorte et du cœur, il y en a d'autres dont on trouve la raison dans le rétrécissement spasmodique ou organique des vaisseaux artériels.

A ce sujet, les recherches de François Franck, qui expliquent bien la physiologie pathologique dans les affections aortiques, peuvent se résumer par cette proposition : dans l'aorte, les lésions de l'endartère deviennent le point de départ de nombreux réflexes vasculaires qui produisent la contraction des artères périphériques. C'est pourquoi, chez ces malades, la face prend un teint anémique plombé, cireux et terreux, et cela explique les *accès de pâleur* que je vous ai fait depuis longtemps remarquer, les plaques d'ischémie locale et de blancheur mate que l'on observe sur différentes parties du corps, les accès d'algidités locales, le phénomène du pouls *variable* devenant subitement faible ou concentré, et en tout cas plus faible d'un côté ; les accès d'ischémie cérébrale avec son cortège d'étourdissements, de vertiges, de lipothymies, de syncopes, etc.

Ainsi donc, la symptomatologie de la maladie n'est pas limitée au cœur ou à l'aorte, elle s'étend au système artériel tout entier.

En voici d'ailleurs la preuve :

Dans l'aortite aiguë, il est possible de rencontrer des manifestations morbides qui ont des analogies avec celle de l'anévrisme. On constate de l'*inégalité du pouls*, appréciable à la palpation, mais quelquefois aussi au sphygmographe seulement, et chez de tels malades il faut pratiquer toujours la recherche du pouls à droite et à gauche. S'il existe une tendance à l'oblitération de l'orifice d'une sous-clavière, on observe le défaut d'isochronisme entre les battements des radiales droite et gauche, de l'inégalité et un retard du pouls. Dans ces conditions, une erreur est souvent commise et l'on peut croire à l'existence d'un anévrisme de l'aorte qui n'existe pas.

Mais là ne se bornent pas les accidents imputables au rétrécissement ou à l'oblitération des artères. On sait maintenant que l'aortite péri-coronaire détermine une ischémie cardiaque qui se traduit par l'*angine de poitrine*, l'un des accidents les plus fréquents et les plus redoutables des aortites aiguës ou chroniques. Il est vraisemblable que, dans les cas d'aortite plus étendue et plus généralisée, on trouvera des symptômes correspondant à l'oblitération du tronc cœliaque, des artères rénales, mésentériques, bronchiques et même intercostales. C'est peut-être à l'oblitération de ces dernières qu'on doit attribuer une forme de dyspnée douloureuse ou d'insuffisance respiratoire que l'on observe chez les malades.

C'est parfois à la même cause qu'il convient de rattacher certaine *albuminurie* qui peut avoir pour origine le rétrécissement ou l'oblitération des artères rénales. D'autres fois, elle est le résultat du développement d'une néphrite interstitielle dans les cas fréquents où l'aortite aiguë a évolué dans le cours de l'artério-sclérose et de l'athérome artériel. Plus rarement, elle est due à une embolie de l'artère rénale. Enfin, à ces causes de l'albuminurie dans l'aortite, il faut encore en ajouter une autre : je veux parler de l'asystolie, sur le mécanisme de laquelle je n'ai pas à m'étendre parce qu'elle se rapporte plus spécialement à l'histoire de ce syndrome.

C'est encore à la même cause, c'est-à-dire à l'ischémie locale qu'on doit attribuer le *facies* si caractéristique des malades dont je vous ai déjà parlé plus haut. Leur visage est d'une pâleur extrême qui s'accuse encore davantage par instants, et qui peut prendre ainsi une coloration plombée et terreuse. Leurs traits ont parfois une expression de terreur et d'angoisse qui donne à leur physionomie un cachet spécial.

Lorsque l'aortite est généralisée, elle a une tendance naturelle à produire dans la plupart des organes une diminution de l'irrigation sanguine et de la nutrition qui aboutit parfois très promptement à un amaigrissement considérable, à l'émaciation des masses musculaires et à une véritable *cachexie artérielle* dont j'ai établi la nature et les caractères dans une précédente leçon.

4° *Symptômes dus à la péri-aortite*. — J'aborde maintenant le quatrième groupe de symptômes : par propagation de l'inflammation aortique aux organes voisins.

Jusqu'ici, la symptomatologie a étudié les accidents consécutifs à l'endo-aortite ; maintenant elle doit envisager ceux de la *péri-aortite*. Cependant, cette distinction est plus théorique que pratique. Ainsi, les accidents angineux restent toujours sous la dépendance de l'ischémie cardiaque par oblitération des coronaires, et la dyspnée dont les modalités sont diverses, procède de causes différentes. Ici, elle est une des expressions de l'hypertension artérielle ; là, elle est symptomatique de l'irritation des nerfs vagues ; elle est encore le résultat de l'insuffisance myocardique ; enfin, elle peut être une manifestation de l'urémie.

Mais on ne saurait nier que l'inflammation s'étend de l'endartère aux tuniques externes du vaisseau et qu'elle finit par envahir les organes voisins, le péricarde et les nerfs du plexus cardiaque. La clinique s'unit à l'anatomie pathologique pour le démontrer.

Il existe deux sortes de symptômes douloureux par propagation inflammatoire :

1° Des symptômes douloureux, le plus ordinairement *passagers*, dus à l'ischémie des artères coronaires en partie oblitérées par l'extension inflammatoire de l'endartérite au pourtour de l'orifice de ces vaisseaux ;

2° Des symptômes douloureux souvent *permanents*, produits par l'extension inflammatoire aux organes voisins, au péricarde, aux nerfs du plexus cardiaque et même à la plèvre. Ce sont ces accidents souvent dépourvus de toute sensation angoissante, augmentant par la pression du doigt sur le trajet des nerfs phréniques, que certains auteurs ont confondus à tort avec les vraies attaques d'angine de poitrine. Mais, en dehors d'elles, il existe des manifestations dyspnéiques et douloureuses que nous devons étudier en raison de leur fréquence et de leur importance. Elles démontreront que les affections artérielles et surtout les aortites sont avant tout et de bonne heure des affections essentiellement douloureuses. En cela déjà, elles se distinguent des maladies du cœur.

Les malades accusent une sensation de poids, de pe-

santeur, de plénitude, de tension, d'étreinte à l'épigastre et à la base de la poitrine ; ou bien il s'agit d'une sensation de gêne, de déchirure et de brûlure rétro-sternales, ou encore d'élancements traversant la poitrine d'avant en arrière. Souvent l'anxiété douloureuse s'accompagne d'un sentiment de barre transversale et de contriction thoracique avec douleurs irradiées dans les organes voisins : l'épaule, le cou, le larynx, l'œsophage, le dos, les parties latérales de la colonne vertébrale, ou elles peuvent être confondues avec des douleurs rhumatismales. Ainsi, j'ai vu un malade éprouvant depuis quelque temps d'assez vives douleurs au niveau des articulations scapulo-humérales et des épaules. Il avait été considéré et traité comme un rhumatisant, ce qui était une erreur, car il s'agissait d'une aortite accompagnée de douleurs irradiées.

A l'œsophage, ces irradiations consistent dans la sensation de dysphagie ou même de gêne comparable à celle de la boule hystérique, sorte de péricardite hydrophobique. Dans la région du foie, elles donnent lieu à des douleurs simulant des attaques de coliques hépatiques, comme j'en ai vu des exemples assez nombreux ; enfin, elles peuvent encore se traduire du côté de l'estomac par des phénomènes de pseudo-gastralgie (pseudo-gastralgie angineuse), que j'ai décrits pour la première fois en 1888. Ces sensations subjectives et ses pseudo-viscéralgies ne sont pas particulières à l'aortite aiguë; elles se rencontrent encore dans la plupart des affections où l'aorte est en cause; elles possèdent donc une valeur diagnostique générale dans la pathologie des maladies de ce vaisseau.

D'autres manifestations douloureuses accompagnent encore l'aortite. Ce sont les douleurs provoquées sur le trajet des nerfs phréniques et des nerfs intercostaux, douleurs dont le siège est caractéristique, dont l'origine névritique est incontestable et sur lesquelles, par conséquent, il est inutile de nous arrêter plus longtemps.

Les auteurs anciens, parmi lesquels Bertin et Bouillaud, ont beaucoup insisté sur la violence des pulsations de l'aorte qu'ils regardaient même comme le signe principal de l'aortite. D'autres cliniciens ont également signalé des sensations pénibles et douloureuses sur le trajet du vaisseau malade et à chaque pulsation artérielle. C'est ainsi que Bamberger parle d'une « douleur en coups de marteau » perçue derrière le sternum avec irradiation dorsale. Toutes ces sensations, sur lesquelles on s'est théoriquement étendu, sont assez rares ; mais, dans les cas d'aortite aiguë survenant au cours d'une aortite chronique avec dilatation de l'aorte, on peut voir survenir des palpitations s'accompagnant de douleurs très vives sur les bras et les avant-bras ainsi que sur les régions pectorales avec fourmillements et engourdissements des mains. On commettrait une grave erreur en assimilant ces accidents à des accès angineux ; il est probable, comme je l'ai déjà dit, d'après l'opinion de Faure, qu'ils sont dus à la compression, à l'excitation des dernières branches du plexus brachial battu par l'artère sous-clavière soulevée.

Enfin, on trouve souvent des symptômes de *péricardite sèche*, et, dans ce cas, il faudra vous tenir en garde, parce que, dans l'espèce, vous pourriez méconnaître aisément l'aortite qui en a été le point de départ. Alors, on peut voir survenir un léger mouvement fébrile que l'on doit rattacher à la complication de péricardite, et non à l'aortite ; car, je le répète, cette dernière affection n'est pas fébrile. Elle s'accompagne de palpitations, d'accès de tachycardie sans fièvre, et c'est ainsi que vous verrez chez des malades, souvent d'une façon paroxystique, rarement d'une façon permanente, une accélération du pouls jusqu'à 120 et même 140 pulsations par minute. Mais vous en verrez d'autres encore chez lesquels le pouls est habituellement lent, ne battant que cinquante à soixante fois. Ces variations extrêmes dans le nombre des battements cardiaques tiennent-elles à une influence exercée sur le pneumogastrique ? La chose est possible, et même probable. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Assistance publique en France.

En dehors des questions relatives à l'Assistance publique de Paris sur lesquelles nous avons publié tant de documents, le *Progrès médical* a pris à tâche de renseigner ses lecteurs sur l'Assistance publique dans tout le pays. Successivement il a examiné l'assistance et la législation des *aliénés;* montré l'état abominable des cabanons des hôpitaux de province où on les emprisonne avant leur entrée dans les asiles; signalé les dangers et les inconvénients d'une hospitalisation tardive ; la nécessité de la suppression des asiles privés faisant fonction d'asiles publics et constituant trop souvent une exploitation des malades. Il a réclamé l'assistance, le traitement et l'éducation des *enfants idiots*, imbéciles, arriérés, etc., et mis en évidence les raisons qui plaident en faveur de la création de quartiers pour les *épileptiques*.

Le *Progrès médical* a prouvé par des faits l'état abominable de l'assistance des *femmes en couches* et des *vénériennes* ; il a dénoncé les dangers du mélange, dans les mêmes salles des hôpitaux de province, des blessés, des fiévreux, des contagieux, et de la présence, dans les mêmes salles, d'adultes et d'enfants. Il a fait de nombreuses campagnes pour démontrer la nécessité de l'amélioration du sort matériel et de l'instruction professionnelle du personnel secondaire. Bien des fois aussi il a dénoncé la situation déplorable des établissements hospitaliers, au point de vue de l'éclairage, du cube d'air (1), des installations des bains, des douches, des cabinets d'aisance, etc. Et, pour que la lumière soit faite dans tous les esprits, il a insisté pour la publication régulière des rapports des inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance, convaincu que les commissions administratives et les Conseils municipaux seraient poussés à réaliser des réformes, en présence des réclamations que cette publication soulèverait de toutes parts. On n'a rien fait. On a eu peur sans doute de faire connaître la vérité.

Eh bien! il faudra, que l'Administration supérieure le veuille ou non, que cette vérité éclate. Ce qui vient de se produire à la séance du 3 octobre du *Comité consultatif d'Hygiène publique* est fait pour donner le branle à l'opinion publique et exciter toutes les administrations hospitalières à sortir de leur coupable indifférence. Bien que l'analyse de cette séance, parue au *Journal officiel* du 3 octobre, soit un peu trop sommaire, nous la reproduisons :

« M. du Mesnil lit un rapport sur une épidémie cholérique observée à Honfleur *et sur les conditions très défectueuses dans lesquelles se trouve l'hôpital de cette ville.*

« M. le Dr Napias fait connaître qu'il a constaté une situation semblable dans un grand nombre d'hôpitaux de province. »

Une discussion s'engage à la suite de laquelle le Comité émet le vœu suivant :

« Le Comité émet le vœu que la loi arme l'administration supérieure de telle manière qu'*elle puisse exiger dans les établissements hospitaliers les conditions d'hygiène et de salubrité reconnues nécessaires.* »

C'est à l'occasion d'une petite épidémie cholérique qui a débuté le 27 août à Honfleur que M. le Dr du Mesnil a été chargé de faire son rapport, au nom d'une Commission dont il faisait partie avec MM. Brouardel et Wurtz.

Que dit donc le rapport de M. du Mesnil? Que l'organisation de l'hôpital de Honfleur est très mauvaise ; que toutes les catégories de malades sont confondues ; que les vieillards sont avec les malades; que « la saleté et le désordre » règnent dans cette maison ; que le régime alimentaire es

(1) Citons entre autres le Mémoire de M. le Dr A. Regnard.

insuffisant; que les enfants pour se rendre à la chapelle doivent traverser les salles où se trouvent les contagieux; que les enfants vont nu-pieds, que leurs vêtements sont déguenillés; que les cours sont encombrées de détritus de toutes sortes; que le réfectoire des vieillards est d'une malpropreté dégoûtante. Et M. du Mesnil résume ainsi son opinion : « Cet hôpital constitue un cloaque infect. » Enfin, notons que l'épidémie cholérique a débuté le 27 août; et que *huit* religieuses sur *neuf* étaient parties le 25 août pour leur retraite annuelle, mettant leurs intérêts religieux au-dessus de leurs devoirs envers les malades, puisqu'elles laissaient à une seule religieuse une maison qui est à la fois un hôpital, un hospice et le dépôt d'enfants assistés (1). Voilà ce qu'on voit à l'hôpital de Honfleur et cette description, a fait remarquer M. Brouardel, est au-dessous de la vérité.

Et que dit M. le Dr Napias, inspecteur général des établissements de bienfaisance? « *J'ai constaté une situation semblable dans un grand nombre d'hôpitaux de province.* » Les nombreuses visites que nous avons faites dans les hôpitaux de province et qui nous ont servi pour édifier nos lecteurs sur l'urgence de réformes radicales ne font que confirmer la déclaration si nette et en même temps si triste de M. Napias.

On conçoit l'émoi du Comité consultatif d'hygiène et on comprend sans peine que ce Comité n'ait pas hésité à voter le vœu dont nous avons donné plus haut le texte.

Le rapport de M. du Mesnil sera publié. Espérons qu'il le sera intégralement. Nous le signalons dès maintenant à l'attention de la presse médicale et nous lui demandons de s'associer à nous pour demander aussi la publication des rapports de M. Napias sur « les nombreux hôpitaux de province qui sont dans une situation semblable. »

BOURNEVILLE.

Le Tout à l'Égout et l'utilisation agricole à la Maison départementale de Nanterre.

La prise d'eau de Suresnes est polluée par les égouts qui débouchent en Seine depuis Issy jusqu'à Suresnes; c'est cette prise d'eau, dans une partie de la Seine moins polluée pourtant que la partie que nous appelons le Petit-Gange (2), qui alimentait la prison de Nanterre et les communes voisines, Puteaux, Suresnes, Courbevoie, où se sont produits les premiers cas de choléra.

De plus, dans cet établissement bizarre, à la fois prison, dépôt de mendicité, hospice et asile d'aliénés, souvenir d'un autre âge, il y a un puits foré dans les masses calcaires jusqu'à la naissance des sables du Soissonnais, et tubé, qui fournit une eau séléniteuse, mais ne contenant que 50 bactéries par centimètre cube. Ce puits a été fait pour le service des ascenseurs et pour les usages domestiques divers (cabinets d'aisances, lavages, arrosage, etc.). On ne s'en servait pas pour l'alimentation. L'eau de Seine servait exclusivement à l'usage des hospitalisés et cette eau renfermait, d'après une analyse du Dr Miquel (11 mai 1892), 37.000 bactéries par centimètre cube, après filtrage à l'entrée de l'établissement (filtre Buron).

Le *Tout à l'Egout* fonctionne régulièrement et dans de bonnes conditions à la Maison de Nanterre. Il a pour complément naturel l'*utilisation agricole*. Le champ d'épuration a une superficie de 3 hectares 29 ares 89 centiares.

(1) Deux religieuses sont rentrées le 1er septembre et les autres le 2 septembre, n'ayant par conséquent pas abrégé d'un jour leur retraite.

(2) C'est ce que, après nous, M. Peter appelle le *Gange séquanien* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 30 septembre, page 480).

Commencé en 1887 par MM. Durand-Claye et Masson, il a été complètement aménagé et mis en culture en 1889. Il a fonctionné d'abord sous la direction du service de l'assainissement, mais, depuis le 25 janvier 1891, l'exploitation a été mise en régie entre les mains d'un entrepreneur, moyennant une redevance annuelle de 45 fr. Cet entrepreneur paie tous les frais de la culture; les récoltes lui appartiennent.

Donc, l'une des causes probables de l'épidémie cholériforme ou choléra nostras de la Maison de Nanterre et des communes citées c'est la mauvaise qualité de l'eau (37.000 bactéries par centimètre cube). Toutefois, ainsi que nous l'avons dit bien des fois, l'encombrement (1) qui existe depuis longtemps dans la maison, une alimentation détestable (2) et insuffisante, la misère physiologique des malheureux de tous genres entassés dans cette sorte de sentine, enfin les excès alcooliques d'un certain nombre des hospitalisés (3), constituent autant de causes qui ont favorisé le développement des accidents cholériques et leur ont donné une certaine gravité. B.

Le Tout à l'Égout au *Petit Journal*.

L'administration du *Petit Journal*, qui vient de faire une campagne si violente contre le Tout à l'Egout et qui regrette que Durand-Claye soit mort parce qu'il mériterait d'être fusillé, a commencé l'application du *Tout à l'Egout* dans ses immeubles de la rue Lafayette au début de l'année 1887. Elle l'a fait compléter de janvier à mai 1892. Dix chutes sont raccordées sur les égouts publics. *Et nunc erudimini!* B.

Erreurs à propos du Tout à l'Égout.

Dans un article du *Paris* (27 septembre), intitulé l'*Hygiène publique*, M. Strauss, conseiller municipal, écrit ces lignes :

« Ainsi, lorsque la Ville de Paris a inauguré son fameux Tout à l'Egout, ni l'Académie de médecine, ni le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, ni le Comité consultatif d'hygiène publique de France n'ont été consultés. »

Notre ami Strauss commet plusieurs erreurs : 1° Le Tout à l'Egout existe à Paris depuis plusieurs siècles (Hôtel-Dieu, Bicêtre, Salpêtrière, les Invalides, etc., etc.), c'est-à-dire bien avant l'institution de l'Académie de médecine, du Conseil et du Comité consultatif d'hygiène. — 2° Le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, consulté dès 1874 sur l'infection de la Seine et les moyens d'y remédier, a émis un avis favorable. —

(1) A l'Académie de médecine : « M. PETER : ..... dans cette fabrique de maladies qu'on appelle l'asile de Nanterre, et qui, construite pour contenir 2.000 pensionnaires, en a contenu jusqu'à 4.500. — M. MONOD : Il n'y en a que 3.100! — M. PETER : 3.100! Eh bien, c'est 1.100 de trop et c'est toujours l'encombrement! » — Nos renseignements confirment les chiffres de M. Peter : il y avait des lits jusque dans les couloirs.

(2) Lever à 5 h. 1/2. Distribution d'une « boule » de pain de son rappelant le « pain du siège » (nous en avons vu des échantillons, l'an dernier), qui souvent se refusait à tremper dans le bouillon. A 9 h., 25 centilitres de bouillon. A 3 h., 25 centilitres de haricots ou de pommes de terre. 125 gr. de viande sont donnés deux ou trois fois par semaine. Les hospitalisés qui ont eu des condamnations ont un béret et des sabots, dit-on; les autres des galoches et une casquette. Le coucher ne serait pas mauvais; toutefois, par suite de l'encombrement, beaucoup couchent sur des paillasses dans les couloirs. Le prix de journée est de 90 centimes. Et dire que ces choses se passent à côté de Paris, sous les yeux du Conseil général. C'est la façon dont on comprend l'assistance à la Préfecture de police! M. Lozé ferait bien de visiter cette maison, souvent et dans tous ses détails.

(3) Dans le voisinage de l'établissement, il y a des « assommoirs » de dernière classe où l'on vend de l'eau-de-vie à 1 fr. 20 le litre et du vin à 0 fr. 20 le litre!

3° Le Comité consultatif d'hygiène de France, consulté en 1888, a également émis un avis favorable sur l'utilisation agricole, mitigé sur le Tout à l'Egout.

Rappelons enfin que le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de Seine-et-Oise (1872-73, p. 35) a accepté à l'unanimité l'utilisation agricole des eaux d'égout. Notre ami Strauss trouvera les avis du *Comité consultatif d'hygiène de France* et du *Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine* dans notre *troisième* rapport à la Chambre des Députés (1889, 21 février, n° 3543, p. 33 et 39) (1). B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 septembre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. DUCHARTRE.

M. BROWN-SÉQUARD. — *Notes sur quelques faits nouveaux relatifs à la physiologie de l'épilepsie.* — Le premier fait a pour objet la constance de l'apparition de l'épilepsie chez les cobayes après la section d'un des nerfs sciatiques. Si au lieu de couper simplement le nerf sciatique et de lui permettre de se régénérer, on pratique l'amputation de la cuisse, on constate invariablement que l'épilepsie complète survient promptement et persiste encore avec toute son intensité même 5 ou 6 mois après sinon plus au lieu de présenter, comme après la simple section du nerf, une diminution graduelle de la maladie suivie souvent de la guérison. Si l'amputation est faite à la partie inférieure de la cuisse, la maladie se développe plus lentement que lorsqu'elle est faite à sa partie supérieure, mais elle se complète et dure indéfiniment dans les deux cas. Lorsqu'on a coupé le membre au-dessous du genou, l'effection évolue très lentement et elle arrive très rarement à se compléter.

L'irritation d'une certaine partie de la moelle cervicale par une piqûre ou une section, chez le cobaye non épileptique, produit souvent presque immédiatement une attaque d'épilepsie. L'animal soumis à cette lésion reçoit d'elle deux influences, l'une productrice de l'épilepsie, l'autre qui fait apparaître l'attaque elle-même. Une période de temps, qui est au minimum de 8 à 40 secondes, et même quelquefois davantage, s'écoule entre le moment de la lésion et celui où apparaît l'accès. Il en est ainsi de l'apparition de l'attaque d'épilepsie chez le chien et d'autres animaux dont on galvanise les prétendus centres moteurs. On peut s'assurer que si l'on asphyxie comparativement un chien non épileptique et un autre ayant eu des attaques épileptiformes par faradisation de l'écorce cérébrale dite motrice, on détermine chez le premier de simples convulsions d'asphyxie et chez l'autre une attaque d'épilepsie. Des faits absolument décisifs ont montré que l'attaque épileptique violente, avec toutes les particularités qui la caractérisent chez le cobaye, peut être produite alors qu'il ne reste rien des centres nerveux que la moelle épinière. Les faits cliniques comme les faits expérimentaux montrent que l'épilepsie n'a pas de siége spécial dans l'encéphale et que toutes les parties du système nerveux central ou périphérique peuvent la produire.

M. J. THIROLOIX. — *Physiologie du pancréas ; la dissociation expérimentale des sécrétions externes et internes de la glande.* — Des expériences antérieures ont établi que la suppression de toute sécrétion externe du pancreas par oblitération des canaux excréteurs n'amène pas la glycosurie et que les greffes pancréatiques empêchent chez les chiens dépancréatés l'apparition des phénomènes du diabète sucré. Chez un chien ayant subi la greffe la glycosurie est apparue cependant 21 jours après l'ablation du pancréas abdominal. Cette glycosurie s'est accompagnée de tous les autres phénomènes du diabète expérimental. La greffe était parfaitement conservée et la sécrétion pancréatique externe persistait ; il semble donc que, sous une influence encore à déterminer, la sécrétion pancréatique interne résorbée par les vaisseaux lymphatiques et sanguins a été supprimée et que c'est cette suppression qui a provoqué l'apparition du diabète sucré.

MM. CHARRIN et ROGER. — *Influence de quelques gaz délétères sur la marche de l'infection charbonneuse.* — Il appartient à MM. Charrin et Roger d'avoir démontré que l'inhalation de gaz délétères ne modifie nullement la résistance du cobaye au charbon virulent mais rend possible le développement du charbon atténué.

Séance du 19 septembre 1891. — PRÉSIDENCE DE M. DUCHARTRE.

MM. GAD et MARINESCU. — *Recherches expérimentales sur le centre respiratoire bulbaire.* — Il résulte de ces expériences : 1° Que la destruction des divers noyaux bulbaires, considérés jusqu'ici par les auteurs et notamment par Flourens, Gierke, Mislawsky et Holm, comme les centres respiratoires, ne détermine pas, lorsqu'elle est faite dans certaines conditions, l'arrêt définitif de la respiration ; 2° Qu'il existe dans la moitié inférieure du bulbe, dans une région située profondément, une masse cellulaire, dont la destruction détermine l'arrêt, et dont l'excitation entraîne des modifications caractéristiques de la respiration ; 3° Cette région, que nous sommes portés à considérer comme jouant le rôle de centre respiratoire, ne représente pas une zone nettement circonscrite, mais est constituée par une association de cellules nerveuses disséminée de chaque côté des racines de l'hypoglosse ; 4° Les voies centrifuges qui descendent dans la moelle sont directes et occupent la zone réticulaire antérieure.

V. MORAX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 septembre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. A. LARREY.

M. PETER rend compte des cas de *choléra* qu'il a observés dans son service de l'Hôpital Necker. Sur 118 cas, il y a eu 44 décès, soit 40, 8 % de mortalité. Mais cette moyenne a trait à l'ensemble des cas de cholérine, de choléra bilieux et de choléra séreux riziforme. Le taux de la mortalité pour ce dernier a été en réalité de 95 %. On est en effet pour ainsi dire impuissant à combattre cette forme. Au point de vue bactériologique on a rencontré le bacille-virgule pur, le bacterium coli commune pur, le bacille-virgule de Friskler Prior, le bacille-virgule ou le bacille Friskler Prior et le bactérium coli associés, le diplocoque enfin. Le bacille-virgule n'a pas été expérimenté, mais le bacterium coli s'est toujours montré très virulent. La mortalité a été de 66 % pour les malades ayant eu des selles blanches riziformes ; de 30 % pour ceux ayant eu des selles bilieuses, et de 0 % pour ceux ayant eu des selles diarrhéiques vulgaires.

M. Peter pense que l'épidémie actuelle a été favorisée par les grandes chaleurs, qui ont exposé aux mêmes maladies que celles des pays chauds les individus qui se trouvaient dans de mauvaises conditions de santé, soit par sénilité, misère ou alcoolisme et excès de tout ordre. Quant à la contagiosité du choléra, elle est peu marquée. C'est du reste un fait singulier que ce soit précisément les affections dont on croit le mieux connaître les microbes qui sont les moins contagieuses. Le traitement consiste à combattre la diarrhée par l'opium, à faire cesser les crampes par l'application d'un sac à glace sur la colonne vertébrale, à lutter contre l'algidité et le collapsus par les frictions, les injections d'éther et de cafeine, et les bains sinapisés, à soutenir enfin les forces par les boissons alcooliques, etc. M. Peter se déclare en outre partisan de l'unicité du choléra, dont la cholérine, le choléra bilieux et le choléra riziforme asiatique ne sont que des degrés différents.

M. BROUARDEL se demande comment M. Peter peut re-

(1) Voir aussi le Rapport au Sénat de notre ami Cornil, 1888, n° 108, p. 26 et suivantes.

*

garder comme identiques les accidents cholériformes qu'il a observés, alors que les microbes en sont différents. Il y a tous les ans, à Paris, des cas foudroyants de diarrhée cholériforme, sans qu'on trouve de bacilles de Koch, mais cela ne prouve pas qu'il n'y en ait pas. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une affection sporadique devienne épidémique dans de certaines conditions. Il est impossible d'affirmer que le choléra actuel soit le même que le choléra asiatique, car l'épidémie actuelle diffère absolument, comme marche, de celles de 1832, 1849, 1865 et 1884. Il n'est pas démontré, d'autre part, que le bacille de Koch soit la caractéristique absolue du choléra asiatique. Les conditions de milieu et le terrain personnel sont certainement importants à considérer pour le développement du choléra, mais sont insuffisants à le produire. Il est certain que les gens débilités, les alcooliques en particulier, comme l'a montré M. Gibert, résistent beaucoup moins que les individus robustes. Quant à la contagiosité du choléra, M. Brouardel la regarde comme plus grande que celle de la fièvre typhoïde. L'eau est un des principaux modes de contagion, mais ce n'est pas le seul. En tous cas il n'y a pas lieu de s'effrayer, car les mesures prophylactiques sur lesquelles tout le monde est d'accord, quelle que soit la doctrine adoptée, ont montré qu'on était en mesure de lutter victorieusement contre le fléau.

M. Peter pense néanmoins qu'au point de vue de la transmissibilité et de la mortalité, le choléra nostras actuel n'a rien à envier au choléra indien. Il ajoute qu'au point de vue doctrinal, un bacille, inoffensif à l'état normal comme l'est le bacillus coli communis, peut, dans certaines conditions déterminées, devenir très virulent. De même que dans certains terrains il peut devenir eberthiforme, comme l'ont démontré MM. Rodet et Roux, il est très admissible qu'il devienne cholériforme. C'est, encore une fois, le malade qui donne au microbe sa virulence différente. Aussi applaudit-il à toutes les mesures qui ont pour effet de modifier les conclusions hygiéniques des populations.

M. Verneuil croit qu'on pourrait plutôt invoquer l'association bactérienne pour expliquer la virulence différente de certains microbes inoffensifs à l'état normal, que le transformisme microbien.

Séance du 27 septembre 1892. — Présidence de M. Larrey.

M. Gibert (du Havre) rend compte de l'*épidémie cholérique du Havre*. — L'orateur affirme d'abord que le choléra du Havre est bien du choléra asiatique, car la mortalité a été de 473 pour 1321 cas, et il y a eu un certain nombre de cas foudroyants et de cas à forme syncopale.

Le choléra n'a pas été importé par mer, car aucun navire n'est arrivé contaminé et d'autre part le choléra s'est déclaré au Havre bien avant Saint-Pétersbourg et Hambourg. En réalité il est arrivé de Courbevoie, et la diarrhée cholériforme de Paris est bien du choléra asiatique. L'expansion du choléra dépend surtout des mesures de défense qu'on lui oppose. Au Havre, l'épidémie a été arrêtée grâce aux mesures rigoureuses employées. Quant à la contagion, il paraît avéré qu'elle a lieu par les linges et surtout les linges humides. C'est donc eux qu'on doit surtout détruire. Au Havre, voici les mesures prises : 1° Evacuation du logement contaminé; 2° Désinfection du linge dans l'étuve à vapeur sous pression; 3° Désinfection des locaux au moyen du pulvérisateur avec une solution de sublimé et d'acide tartrique; 4° Désinfection des tinettes par une solution de sulfate de cuivre; 5° Lessivage des murs intérieurs avec une solution de crésyl à 5 0/0; 6° Grattage et arrachage des papiers, lavage du sol; 7° Lavage à la lance des tuyaux de descente, toitures, etc.; 8° Désinfection des plombs à chaque étage; 9° Lavage des ruisseaux devant chaque maison.

M. Verneuil rapporte, au nom de M. Forestier (d'Aix-les-Bains et au sien, une observation de *fracture de la colonne vertébrale par cause musculaire*. Il s'agit d'un pasteur protestant, de 49 ans, qui, en glissant sur la glace en février 1891, fit un violent effort pour éviter de tomber et ressentit une vive douleur à la région lombaire. Cette douleur se renouvela plusieurs fois. En septembre 1891 apparurent des douleurs en ceinture qu'on mit sur le compte du rhumatisme viscéral. C'est alors que M. Forestier, en juin dernier, découvrit au niveau de l'apophyse épineuse de la neuvième vertèbre dorsale une véritable gibbosité. Dans les différents mouvements du tronc, le bassin étant fixé, on constate l'immobilité d'un tronçon de la colonne vertébrale portant sur cinq vertèbres environ. Il y avait un tassement incomplet des corps vertébraux, d'où la gibbosité, en même temps que compression mécanique et névrite des nerfs intercostaux, d'où les douleurs en ceinture. Un corset inamovible, une énergique révulsion et la plus grande immobilité possible amenèrent de l'amélioration, mais ces prescriptions ne furent qu'incomplètement suivies.

M. Polaillon a également observé une fracture de la colonne vertébrale produite par une contraction musculaire exagérée, chez un charretier qui fit un violent effort en arrière pour retenir son cheval. La sixième vertèbre cervicale était proéminente et le tronçon cervical immobile. Le malade ayant fait des mouvements exagérés, malgré un collier plâtré, mourut presque subitement. A l'autopsie on constata une fracture simple avec dilacération des vaisseaux.

M. Weber dit que la fracture de la colonne vertébrale par contraction musculaire est assez fréquente chez les animaux, en particulier chez les vieux chevaux, lorsque pour les maintenir on leur attache ensemble les quatre pieds et qu'ils font de violents efforts pour se dégager.

M. Galliard rend compte des résultats qu'il a obtenus dans son service avec la *transfusion intraveineuse du sérum artificiel chez les cholériques*. La formule du sérum a été celle de M. Hayem, mais l'auteur s'est servi du transfuseur de Colin au lieu de la poire de caoutchouc, et a injecté dans la saphène interne au-dessus de la malléole. La dose injectée a été de deux litres à la température de 38° chez les adultes. La durée de chaque transfusion a été d'un quart d'heure. La transfusion n'a pas pour but de détruire les microbes ni les produits toxiques, mais de rendre au sang le sérum qui lui manque et de gagner ainsi du temps. Sur 147 cholériques transfusés *in extremis* 118 sont morts, 25 ont guéri, 4 sont encore à l'hôpital.

Sur 210 cholériques non transfusés, 46 sont morts, 145 ont guéri, et 19 sont encore à l'hôpital.

La statistique des cholériques se répartit ainsi :

Cholériques guéris	173
— morts	164
— à l'hôpital	23

Soit 50 0/0 de guérison.

La proportion de guérison pour les cas *in extremis* a été de 1 sur 6. Quoique ce chiffre soit faible, il paraît certain que ce n'est cependant qu'à la transfusion qu'on doit de l'avoir atteint.

M. Chauvel fait une communication sur *le traumatisme dans les affections de l'appareil auditif*. Les traumatismes agissent soit directement soit indirectement sur les organes de l'audition. Les traumatismes directs sont les plus fréquents. L'otite scléreuse et la surdité nerveuse s'y montrent presque aussi fréquemment que l'otite purulente. Cette dernière est au contraire plus fréquente dans les traumatismes indirects, ce qui se comprend par suite des portes d'entrée que fournissent aux microbes les solutions de continuité de la membrane du tympan, la principale, quelquefois la seule intéressée. Dans les otites scléreuses on n'a que peu de chances de guérison; dans l'otite suppurée, elles ne sont guère plus grandes, mais on peut agir préventivement en nettoyant à fond le conduit auditif, en appliquant un pansement occlusif et antiseptique, et en désinfectant la gorge et les fosses nasales. S'il y a fracture de la base du crâne, on peut empêcher ainsi le développement de la méningite et de l'encéphalite.

Séance du 4 octobre 1892. — Présidence de M. Larrey.

M. Lancereaux prend la parole sur l'*albuminurie au point de vue des indications thérapeutiques, et sur la pathogénie dans le cours du diabète.* Il craint que la thérapeutique préconisée par MM. Dujardin-Beaumetz et G. Sée, ne reposant que sur des théories, n'ait pas un crédit bien durable. L'albuminurie n'est qu'un symptôme, et n'a qu'une faible importance au point de vue des indications thérapeutiques. L'albuminurie n'a pas de gravité par elle-même; ce qui en a c'est l'auto-intoxication par les matières excrémentitielles, c'est-à dire l'urémie. Le meilleur moyen de la combattre est de rétablir la fonction rénale par les diurétiques, et ensuite de stimuler les autres voies d'élimination : tube digestif et peau. Les purgatifs drastiques et les frictions cutanées rendent sous ce rapport de grands services. Une fois l'urémie disparue il faut agir sur les tissus malades : l'iodure de potassium dans les altérations conjonctives, la cantharide dans les altérations épithéliales, donnent les meilleurs résultats. Le lait est indiqué dans les néphrites épithéliales d'abord et ensuite quand il y a des accidents urémiques. En dehors de là Lancereaux prescrit un régime mixte azoté, avec des œufs et de la bière. Les albuminuries nerveuses, dont a parlé M. Bouchard, ne sont pas aussi graves que celles qui tiennent à des lésions rénales, mais peuvent cependant s'accompagner d'anurie et d'urémie. Quant au diabète il en existe, on le sait, trois sortes : le diabète constitutionnel ou héréditaire, le diabète nerveux, et le diabète pancréatique. Le premier s'accompagne très rarement d'albuminurie, le second exceptionnellement et le troisième jamais, bien qu'étant le plus grave. Dans le premier l'albuminurie est liée à l'artério-sclérose rénale et toujours tardive ; dans le diabète nerveux elle est passagère et intermittente, et vraisemblablement due à de la congestion rénale. Dans l'obésité les mêmes observations pourraient être faites : l'albuminurie y est spéciale à certaines formes et diffère suivant ces formes.

M. G. Sée croit, contrairement à M. Lancereaux, que le régime alimentaire a une importance considérable dans le traitement de l'albuminurie, et que les diurétiques et les drastiques doivent être absolument proscrits. Les seuls médicaments qui conviennent à certaines albuminuries sont les iodures de potassium, de calcium et de strontium. Pour les autres il maintient ce qu'il a dit anterieurement.

M. Lancereaux relève l'assertion de M. G. Sée sur l'inefficacité des drastiques et des diurétiques. Si les médicaments échouent, c'est le plus souvent qu'ils sont donnés à trop faibles doses. Dans son service, où il les emploie, on ne meurt presque jamais d'urémie.

M. Peter, répondant à M. Brouardel au sujet du *choléra*, dit que lui et d'autres observateurs ont constaté : 1° une même maladie, le choléra, avec trois germes différents, le bacterium coli, le bacille de Friskler Prior et le bacille-virgule de Koch ; 2° des maladies différentes, le choléra, la dysenterie et la lièvre typhoïde, avec le même germe, le bacterium coli. Ce n'est donc pas le bacille qui est malfaisant par lui-même ; c'est nous qui, modifiés, le rendons cholérique. Le choléra est indigène, autochtone, aussi bien à Paris que dans l'Inde, car il apparaît *simultanément* sur plusieurs points du globe très distants. Les recherches de Cunningham à Calcutta démontrent que ce sont les modifications causées par le cholera dans le milieu intestinal et dans la température, qui font de certains bacilles normaux des bacilles-virgule tels qu'on les rencontre dans le choléra. Depuis le choléra infantile jusqu'au choléra indien il observe tous les intermédiaires, et le premier résulte, comme le second, de l'élévation de la température atmosphérique et de l'alimentation de mauvaise qualité. La contagiosité du choléra est certaine mais restreinte. Il faut la prédisposition individuelle et le contact direct. Les agents de transmission les plus actifs sont les déjections cholériques. En résumé, M. Peter conclut : le cholérique est un empoisonné par des ptomaïnes ou autres toxines qui sont formées dans le tube digestif, empoisonnant à la fois l'individu et son bacterium coli. Le bacterium coli soit resté tel, soit transformé, mais empoisonné, peut être le vecteur du poison cholérique et devenir cholérique. Suivant la prédisposition individuelle, le sujet fait de la cholérine, ou du choléra nostras, ou du choléra indien. Moins de misère et plus d'hygiène, telle est la conclusion de l'étude étiologique du choléra.

M. Proust croit qu'il serait préférable, pour se livrer à une discussion sur l'épidémie actuelle, qu'elle soit terminée. Il fait observer cependant que nous avons eu en France des étés plus chauds que le dernier sans qu'il y ait eu pour cela de choléra, qu'en 1832 le choléra a débuté en février, d'où le peu de valeur de la température atmosphérique à laquelle M. Peter attache une si grande importance. Quant à la contagiosité elle a été démontrée abondamment dans les épidémies de 1832 et de 1865 où la marche du choléra a pu être suivie pas à pas. A Nanterre la contagiosité a été manifeste puisqu'un malade a communiqué presque instantanément le choléra à quatorze personnes de son dortoir.

M. Peter demande si le choléra de Nanterre est un choléra d'importation. Sur la réponse négative de M. Proust, il conclut qu'il a été spontané, mais qu'il admet que celui de 1832 et de 1865 a pu être importé de l'Inde.

M. Proust lui fait observer qu'il admet alors un choléra différent du choléra asiatique, d'importation.

M. Brouardel demande à M. Peter s'il croit à l'unité ou à la dualité de ces deux choléras.

M. Peter pense qu'il y a unité complète. C'est aussi l'avis du M. Gibert.

M. Corlieu lit un travail sur la *médecine militaire dans les armées grecques et romaines de l'antiquité.*

P. Sollier.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE BRUXELLES (*suite*) (1).

Présidence de M. Gusserow (de Berlin).

Séance du vendredi 16 septembre (soir).

MM. Labadie-Lagrave et Basset (de Paris).— La *septicémie puerpérale* a totalement changé de physionomie depuis l'avènement de la méthode antiseptique. Les cas rapides, foudroyants, sont rares à notre époque et toujours isolés ; les épidémies ont disparu. On n'observe plus guère aujourd'hui que des septicémies légères, rapidement guéries, de formes atténuées, à début précoce ou retardé, des formes prolongées avec ou sans localisations mutiples et successives. Ces dernières sont surtout remarquables par le nombre des poussées, salpingites, broncho-pneumonies, phlegmatia alba dolens, qui peuvent être de 3 et 4 pour une même malade. Les auteurs ne veulent pas entreprendre ici l'étude des symptômes qui a été faite par M. Labadie-Lagrave dans un article des *Archives de Gynécologie* de 1891, ils désirent simplement exposer les résultats de l'examen bactériologique du sang et des lochies dans la septicémie atténuée. Cet examen fait tous les quatre ou cinq jours pendant tout le cours de la maladie a donné les résultats suivants :

1° Dans tous les cas, au début de l'état aigu fébrile, on trouve dans le sang et les lochies examinés directement ou au moyen des cultures, des microcoques, des diplocoques mobiles et surtout des streptocoques en longues chaînettes de huit à dix éléments et plus.

Au déclin de la fièvre et pendant l'apyrexie, les chaînettes à éléments nombreux disparaissent, il ne reste plus que du microcoque. Ce dernier disparaît au bout de huit ou quinze jours, la malade est guérie ;

2° Dans le cas de fièvres prolongées à localisations successives, le microcoque ne disparaît pas dans le sang pendant l'apyrexie. Survient-il une poussée aiguë, une localisation

(1) Voir *Progrès médical*, n°s 39 et 40.

quelconque, le streptocoque disparu reparaît en longues chaînettes pour disparaître de nouveau au déclin de la fièvre et faire place au seul microcoque. Ces phénomènes se reproduisent trois ou quatre fois suivant le nombre des localisations. On peut conclure de ces faits : 1° que le streptocoque en longues chaînettes est la forme la plus virulente du microbe puerpéral, qu'il se montre avec l'état aigu et disparaît avec lui ;

2° Pendant tout le temps qu'il existera des microbes dans le sang on devra craindre le retour de l'état aigu;

3° La présence des chaînettes dans le sang après une première disparition, indique que la malade est en imminence d'une localisation ou d'une poussée septicémique nouvelle.

M. le Dr Vuillet (de Genève) présente un *utérus traité par la méthode de Dumontpallier et enlevé ensuite par laparo-hystérectomie.* — La pièce que je vous présente provient d'une malade qui s'est adressée à moi au printemps de 1891. Elle souffrait d'hémorrhagies utérines qui duraient depuis de longues années. Je lui fis, le 30 juin 1891, un curettage utérin. Les débris furent envoyés au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Université. Le résultat de l'examen fut que cette dame était atteinte d'une endométrite adénomateuse bénigne. Quatre mois plus tard, le 29 octobre, les hémorrhagies se reproduisant et moi-même ayant des doutes sur l'exactitude du diagnostic, je traitai la malade par la méthode de Dumontpallier, dans le double but de détruire, le plus généralement et le plus profondément possible, la muqueuse utérine et d'obtenir une escharre qui se prêterait à un nouvel examen. Je n'obtins de réponse qu'au mois de décembre. A ce moment, la malade était au Caire pour y passer l'hiver comme d'habitude. La réponse concluait cette fois à la malignité de l'affection. La malade revint au printemps 1892. L'orifice cervical était soudé, imperméable au cathétérisme et la matrice avait le volume d'un utérus gravide de quatre mois. Vis-à-vis d'un état de souffrance intolérable, et après avoir appelé le professeur Sänger en consultation, l'ablation totale de l'utérus fut faite le 10 juin 1892. Mais, tandis que l'opération eût été facile sept mois auparavant par la voie vaginale, nous dûmes, après l'avoir commencée par cette voie, la terminer par la laparotomie, exposant ainsi notre malade à un maximum de dangers qu'elle a, du reste, heureusement surmontés.

L'opération, extrêmement laborieuse, dura 3 heures 1/2.

Etant donné le rapide développement de la tumeur, les douleurs intolérables de la malade et surtout le deuxième verdict de l'anatomie pathologique, nous nous attendions à trouver un carcinome du corps de l'utérus. Or, voici la pièce, réduite par le séjour dans l'alcool, à environ la moitié de son volume primitif. Le canal cervical est soudé sur une longueur d'environ deux centimètres. Au-dessus existe une petite cavité qui pouvait contenir une cuillerée à soupe d'un sang noir et visqueux. Les trompes n'étaient pas dilatées et ne contenaient pas de sang. La tumeur est constituée par les parois utérines hypertrophiées et présentant l'aspect fibreux que vous voyez. Il n'y a pas trace de carcinome. Quant aux enseignements que nous pouvons tirer de ce cas, je dirai d'abord, pour ce qui concerne l'opération de Dumontpallier, que cette opération, déjà condamnée pour les femmes qui n'ont pas atteint la ménopause, ne me paraît devoir être employée qu'avec une grande réserve chez celles qui l'ont dépassée. Car nous la voyons, dans notre cas, provoquer une réaction telle qu'elle a pu, en sept mois, amener une hypertrophie énorme de l'organe et tout un ensemble de symptômes qui ont nécessité enfin l'ablation de l'utérus.

Nous accordons pourtant à ce procédé l'avantage de fournir un moulage qui se prête très bien à l'étude histologique du néoplasme et de déterminer l'occlusion du col qui rend plus facile l'asepsie du champ opératoire. On pourra donc y avoir recours, tout en se tenant prêt, si l'organe augmente de volume, à pratiquer l'hystérectomie avant que ses dimensions ne permettent plus l'extirpation par les voies naturelles.

D'autre part, il est permis de se demander quel cas nous devons faire de l'examen microscopique. Il n'est pas probable que l'affection fut bénigne en juin et maligne en octobre.

Aussi de notre cas, comme de beaucoup d'autres, et en particulier de deux cas de Wider — le premier où l'examen microscopique concluait au carcinome et où l'utérus extirpé ne présentait aucune trace de tumeur maligne; le deuxième, où l'histologiste avait diagnostiqué un adénome bénin, tandis qu'après l'ablation on reconnaissait un carcinome du corps de l'utérus — de ces cas, dis-je, nous sommes autorisé à conclure que l'examen microscopique n'offre pas un degré de certitude tel qu'il puisse entraîner notre décision.

M. le Dr Henricius (d'Helsingfors) décrit *l'accouchement dans les présentations du front.* Il peut exister plusieurs mécanismes : 1° si le bassin est grand, les contractions énergiques, la tête peut franchir le détroit inférieur par le mécanisme ordinaire ; 2° dans certains cas, la rotation tarde ou ne se fait pas, la mâchoire supérieure s'applique sur la symphyse, la face est aplatie, la bouche ouverte et le menton se dégage sous une des branches du pubis ; 3° d'autres fois la racine du nez se place sous la symphyse, et le dégagement se fait autour de ce point resté fixe ; 4° il rapporte, en dernier lieu, un cas intéressant de présentation du front chez une éclamptique. La suture sagittale était parallèle au diamètre transverse : on appliqua le forceps entre le diamètre antéro-postérieur et le diamètre oblique droit. La rotation eut lieu et l'œil gauche puis l'alvéolaire du maxillaire supérieur vinrent s'appliquer sur la symphyse ; le dégagement se fit autour de ce point, par les diamètres mento-frontal, mento-bregmatique et mento-occipital. On ne trouve dans la science qu'un autre cas analogue décrit par Devars, de Lyon, en 1885.

M. Engström. — On est souvent forcé de recourir à une grave et surtout difficile opération pour remédier aux myomes des corps utérins : une extirpation des ovaires fait le plus souvent disparaître les hémorrhagies et diminuer la tumeur. Mais c'est une mutilation grave. Une amputation utérine supra-vaginale donne encore mieux des résultats aux femmes qui ont heureusement survécu à l'opération. Pourtant aussi, par cette opération, on n'a pas une *restitutio ad integrum.* Une plus mutilante opération, c'est l'extirpation de la matrice envahie par les myomes, soit par laparotomie, soit par le vagin. Seulement une énucléation du myome ou des myomes en respectant la matrice, les trompes et les ovaires, comme l'a indiqué M. Martin, est une opération idéale. Mais cette opération est possible seulement quand le myome n'a pas trop déformé la matrice par sa grandeur ou par sa multiplicité. Cette opération peut être pratiquée pendant la grossesse et permet à la femme de devenir enceinte et d'accoucher normalement. Elle n'est pas dangereuse. Sur 23 femmes opérées, j'ai eu seulement 1 décès dû à la paralysie de l'intestin, sans fièvre ni péritonite. Si alors un myome du corps utérin produit des symptômes graves et si une amélioration n'est plus à espérer, il faut, d'après ma conviction, songer à l'énucléer aussitôt que possible.

M. le Pr Consolas (d'Athènes) a communiqué : 1° un cas d'*absence totale de l'utérus* et de ses annexes, qui est le second mentionné dans la science; 2° trois cas d'*utérus embryonnaire* extrêmement rares.

M. le Dr Boursier (de Bordeaux), à propos de la communication du Dr Consolas, rapporte un cas d'*absence complète de vagin*, accompagnée de troubles dysménorrhéiques et nerveux.

Il fit la laparotomie et trouva un utérus et des annexes rudimentaires cachés derrière, à droite derrière le pubis, à gauche pas d'ovaire. Il fit la castration, mais les crises dysménorrhéiques reparaissent au bout de deux mois.

L'orateur résume en ces termes les règles pratiques à suivre dans les cas de ce genre :

1° Toutes les fois qu'il y a absence de vagin, sans phénomènes douloureux, on peut ou créer un vagin artificiel, ou rester dans l'expectative, suivant les cas. 2° S'il existe des douleurs, castration. 3° Si l'utérus est assez volumineux, création d'un vagin. 4° Si utérus atrophié, castration ovarienne.

M. le Dr Jacobs (de Bruxelles). — Chez une fille vierge, souffrant périodiquement, M. Jacobs fit le toucher rectal qui ne lui donna aucun résultat certain. Il fit alors une laparotomie exploratrice et trouva un ovaire kystique ; au-dessous des trompes et communiquant avec elles existaient deux petits corps utérins reliés par un arc fibreux. Absence complète de vagin. La castration amena la disparition complète des douleurs, qui n'ont pas reparu.

M. le Dr Hendrix (de Bruxelles) présente 3 *enfants laparotomisés et guéris.* Le premier avait dans son péritoine de nombreuses *tumeurs tuberculeuses* appréciables au palper. Après

la laparotomie, toutes ces tumeurs ont disparu; l'enfant présente l'aspect d'une santé excellente.

Le 2me avait plusieurs centaines de milles de tumeurs tuberculeuses. Opéré depuis 5 mois, son état général est excellent. Dans ces deux cas l'examen bactériologique donne de nombreux bacilles.

Le 3me a été laparotomisé pour un *sarcome du rein* du volume d'une tête de fœtus. Il est en bonne santé aujourd'hui.

M. le Dr Mendes de Léon (d'Amsterdam) fait le parallèle entre la myomectomie et la castration dans le traitement des *myomes utérins*. Il résulte des statistiques que la myomectomie donne encore 8 0/0 de mortalité; aussi préfère-t-il la castration bilatérale, qui lui a donné de meilleurs résultats.

M. le Dr Verrier (de Paris) emploie l'*anesthésie mixte* pour les opérations obstétricales. Elle consiste, avant d'employer le chloroforme, en une injection de chl. de morphine de un centigr. Si l'opération se prolonge, on peut faire de nouveau une ou deux injections. On évite ainsi le choc, la congestion rénale et certains réflexes qui peuvent être produits par le chloroforme.

M. le Dr Danion (de Paris). — Les *hémorrhagies dues aux fibromes utérins* sont étroitement liées au dérèglement de la fonction chargée de présider au rythme, à la durée et à l'abondance des règles. Les congestions pathologiques et l'endométrite ne sont que secondaires. La marche pathologique de ces hémorrhagies qui nous les montre survenant parfois brusquement chez des femmes en pleine santé, s'établissant progressivement par des ménorrhagies de plus en plus abondantes, bouleversant le rythme normal et lui substituant des périodes de 26, 24 et même 15 ou 20 jours, et tout cela sans congestions pathologiques et sans endométrite primitives, cette marche pathologique le prouve. L'arrêt prompt et définitif des hémorrhagies, alors que l'endométrite poursuit son cours lorsqu'elle existe, le prouve également. Au point de vue électrothérapique, c'est une erreur absolue d'attribuer l'arrêt des hémorrhagies à une action caustique intra-utérine; les résultats des actions extra-utérines (ponctions, applications intra-cervicales et vaginales), lesquels sont supérieurs à ceux des actions intra-utérines à tous les points de vue, le prouvent. Ces faits sont solidement établis sur l'expérimentation et sur une observation clinique attentive comprenant un minimum de 200 cas de fibromes hémorrhagiques, dont un grand nombre ont été suivis dans des services hospitaliers.

M. le Dr Apostoli (Paris). — *Contributions nouvelles au traitement électrique faradique et galvanique et au diagnostic en gynécologie.* — A.) *Courant faradique.* Il doit nous instruire sur la véritable nature des *douleurs dites ovariennes* dont il est le calmant le plus efficace et le plus rapide. Oui, toute douleur ovarienne, si elle est hystérique et rien qu'hystérique, est, sinon guérie, du moins presque toujours soulagée par le courant faradique de *tension* qui, d'ailleurs, reste à peu près impuissant contre les douleurs d'origine inflammatoire, et notamment contre celles qui sont liées aux inflammations des annexes. Si donc, dans tel cas, le *succès curatif* nous éclaire sur le diagnostic, et nous impose une abstention opératoire; dans tel autre, au contraire, l'*insuccès* nous montrera que la douleur a sa source profonde qui réclame soit un traitement galvanique supplémentaire, soit une intervention opératoire.

B.) *Courant galvanique.* Appliqué dans l'utérus, il est destiné à nous renseigner sur l'état d'intégrité des annexes, leur inflammation possible, ses degrés, sur l'existence du pus, sur la nature curable, ou non, d'un processus inflammatoire en voie d'évolution. Il peut et doit nous épargner bien des méprises avec leurs conséquences cliniques et opératoires et éviter, par exemple, au milieu de beaucoup d'erreurs, celle qui est si fréquente et qui consiste à prendre un *fibrome sous-péritonéal* pour une *salpingite* et réciproquement. Deux faits, en effet, de la plus grande importance dominent toute la thérapeutique galvanique intra-utérine. C'est d'abord la *tolérance absolue* (sauf les exceptions que je vais signaler) de l'utérus, quand sa périphérie est saine. C'est ensuite son *intolérance* qui grandit avec l'état d'acuité de l'inflammation de ses annexes.

A côté de cette première source d'intolérance, la plus fréquente et la plus importante de toutes, se rangent d'autres causes, d'une importance et d'une fréquence secondaires, entre lesquelles il sera le plus souvent facile d'établir un diagnostic différentiel : a) C'est d'abord l'*hystérie* franche avec ses réactions vives, subites, et son ensemble symptomatique qui frappe les yeux les moins clairvoyants; b) Ce sont ensuite les *tumeurs fibro-kystiques* de l'utérus dont la nature maligne est très probable; c) Ce sont encore les *phlegmasies du bassin*, y compris celles de l'*intestin*, qui ont une histoire symptomatique très caractéristique.

M. le Dr Pichevin. — Je suis désolé de ne pas être du même avis que M. Apostoli. Plusieurs fois j'ai employé l'électricité suivant le procédé indiqué par M. Apostoli. Il n'y a pas eu de réaction. La laparotomie a démontré l'existence de lésions annexielles. Tout dernièrement encore j'ai enlevé à la clinique chirurgicale une tumeur fibreuse de 1 kil. 125 gr. et une poche purulente ovarique de un litre et demi. Cette femme avait supporté admirablement plusieurs séances d'électricité. J'étais arrivé à 100.000 ampères à chaque séance.

M. le Dr G. Gauthier rappelle qu'il a inauguré depuis deux ans une nouvelle application du courant de la pile à la médecine, appelée *électrolyse interstitielle*. Le courant de pile, en traversant les tissus vivants, agit de deux façons bien distinctes : il agit physiquement et chimiquement. L'action physique est le résultat de l'électricité dans l'organisme, et l'action chimique est le changement moléculaire apporté par ce passage, qui suscite dans les corps composés des décompositions ou des combinaisons nouvelles.

Pour utiliser ces combinaisons, M. Gauthier se sert d'électrodes de cuivre qui donnent naissance, au pôle positif de la pile, à de l'oxychlorure de cuivre. Ce corps naissant non toxique, jouit de propriétés curatives énergiques et constitue un procédé de traitement supérieur aux anciennes méthodes. Dans les plaies, les kystes, les arthrites, le sycosis, dans un cas de cancroïde, dans les papillomes, etc., il s'est montré rapidement curatif. En gynécologie, il serait un hémostatique de premier ordre et agirait sur les endométrites et certaines inflammations péri-utérines avec une grande énergie. L'auteur recommande également l'emploi de sondes-électrodes spéciales, pour injecter des solutions iodurées qu'il décompose toujours au pôle positif. Il produit dans ce cas de l'acide iodique, de la potasse et surtout de l'iode libre, dont il recommande l'emploi dans les tumeurs liquides : hydrocèle, kyste et abcès. Enfin, en modifiant la nature des électrodes, en remplaçant des *électrodes insolubles* par des *électrodes solubles*, il a aussi amélioré l'outillage tout entier de l'électrolyse, et cette amélioration en facilite l'asepsie et la technique opératoire.

M. le Dr Delineau (de Paris) fait une communication sur un nouveau *traitement des hémorrhagies utérines* par l'électrolyse cuprique intra-utérine. Il donne les observations de douze malades guéries par son traitement. Parmi ces malades, l'une avait déjà subi deux curettages sans résultat satisfaisant. L'électrolyse cuprique intra-utérine l'a guérie. Chez une autre femme atteinte de gros fibromes et d'hémorrhagies profuses, non seulement les pertes datant de trois ans ont été arrêtées par le traitement; mais l'électricité a, en outre, amené l'élimination spontanée des fibromes. Le Dr Delineau fait une expérience montrant le mode d'action de l'électrolyse cuprique. En résumé, l'électrolyse cuprique intra-utérine donne des résultats dans tous les cas d'hémorrhagies utérines, symptomatiques d'une endométrite ou de tumeurs fibreuses. Elle se recommande, surtout, par les avantages suivants : 1° Facilité d'application sans anesthésie et même sans aides; 2° La malade n'est pas obligée de s'aliter, de garder la chambre, ni même de cesser ses occupations; 3° Intensité électrique faible, par conséquent sans danger et très supportable; 4° La douleur est toujours surement calmée dès le début du traitement; 5° Il n'y a jamais de complications septicémiques à craindre.

M. Vallin (de Lille) présente une malade qu'il a *laparotomisée it y a quatre ans pour une péritonite tuberculeuse*; la malade est aujourd'hui en bonne santé.

M. O. Laurent (de Bruxelles). — *Persistance de la menstruation après l'hystérectomie.* — Il est un phénomène qu'on peut observer à la suite de l'hystérectomie et qui n'a guère été

étudié jusque maintenant, c'est celui de la persistance de la menstruation après l'hystérectomie. Il faut évidemment qu'il reste une certaine quantité de la muqueuse utérine; il n'est peut-être pas nécessaire que les annexes aient été extirpées.

Des accidents peuvent en résulter, le sang s'écoulant avec difficulté ou étant retenu et s'accumulant. Il y a donc lieu de détruire toute muqueuse du moignon dans le cas où celui-ci a une certaine importance et, bien que la menstruation puisse se produire en l'absence des ovaires, d'enlever ceux-ci, ce qui permet en outre d'éviter l'apparition d'une grossesse qui pourrait se produire en présence d'un concours évidemment extraordinaire, mais possible, de circonstances favorables, grossesse qui ne serait probablement pas normale.

Mais la menstruation peut aussi se produire d'une façon régulière. Cas probant : Hystérectomie pour fibrome, ablation des parois antérieure et latérales; pédicule abdominal, chute après trois mois (le volume était alors d'un petit pain), fistule sous-ombilicale. Les règles se montrent et par le vagin et par la fistule.

M. le Dr Faucon (de Lille) rapporte un cas de *dystocie* pour causes multiples chez une femme qui, d'après ses calculs et à la suite d'un coït unique, avait une prolongation de grossesse de trois semaines au delà du terme.

M. le Dr Porak (de Paris), dans sa *note sur la symphyséotomie*, croit pouvoir établir, de deux opérations qu'il a faites avec succès pour la mère et pour l'enfant, les conclusions suivantes: La symphyséotomie constitue avec l'opération césarienne une opération conservatrice de l'enfant sans faire courir à la mère les risques de cette dernière intervention. L'étendue de ces indications constitue un problème dont les éléments complexes, aussi bien quant au degré et à la variété du vice de conformation pelvienne, que quant à l'appréciation du volume de l'enfant.

La limite inférieure du degré de rétrécissement est encore sujet à discussion. Il sera prudent, pour fixer sa limite supérieure, de recourir, dans les cas douteux, à une application des forceps qui fournira avec précision l'impossibilité de franchir le rétrécissement sans compromettre la vie de l'enfant. Le champ de l'embryotomie se trouve donc circonscrit d'une façon presque générale au cas où l'enfant est mort.

L'expérimentation sur le cadavre fournit les notions nécessaires à fixer la pratique du manuel opératoire. Le ligament triangulaire est puissant et inextensible et ne permet qu'un très faible écartement angulaire de la symphyse tant qu'il est conservé.

Lorsqu'on porte en abduction les cuisses, surtout d'une façon brusque après la section du ligament triangulaire, il se peut que le diastase d'une des articulations sacro-iliaques se produise avec lésion du ligament antérieur après un très faible écart des pubis. La lésion ne se produit sur la seconde articulation sacro-iliaque qu'après un écart plus considérable des pubis, mesurant de 7 à 8 centimètres. Il se forme alors sur le tissu cellulaire post-pubien des tiraillements tels qu'on peut craindre des lésions des voies urinaires, surtout de l'urèthre. La réparation des lésions de sacro-iliaque semble plus facile que celle des lésions pubiennes.

On a proposé de nombreux procédés opératoires mais, en réalité, les plus simples accomplis avec le bistouri sont les meilleurs. Ils sont différents, suivant qu'on opère la malade dans le décubitus dorsal ou dans la position en travers du lit. Il est plus commode dans le décubitus d'attaquer la symphyse en arrière, mais par en haut, tandis que dans la position en travers du lit il est plus facile de l'attaquer en arrière, mais par en bas. On devra toujours pratiquer les sutures dans le décubitus dorsal, parce qu'on rapproche d'une façon plus certaine l'un des pubis de l'autre. La symphyséotomie ne présente ordinairement pas de complications graves parmi lesquelles on comprend immédiatement l'hémorrhagie ordinairement modérée, les lésions des voies urinaires, jamais du fait de l'opérateur, très rarement du fait de l'écartement des pubis, secondairement la fièvre nulle ou négligeable, l'incontinence d'urine rare ou ordinairement de courte durée, l'échec possible de la réunion par première intention de la plaie.

Tardivement la conséquence qui a le plus préoccupé *a priori* les accoucheurs consistait en la possibilité de la persistance de la mobilité des articulations pelviennes et dans la gêne consécutive de la marche. Dans les deux cas cités par l'auteur, quoique la mobilité des articulations ait été certainement plus prononcée qu'à l'état normal, la marche s'est accomplie facilement et la douleur aux symphyses est restée nulle ou légère, aussi bien à la suite de la pression, qu'à la suite de la fatigue.

M. le Dr Bossi (de Gênes). — *Etude expérimentale et clinique sur la reproduction de la muqueuse utérine.* — L'auteur, avec le raclage direct et indirect, a fait ses expériences sur 50 chiennes et a pu établir complètement le processus de reproduction de la muqueuse utérine. Il a aussi fait des études histologiques sur la muqueuse de l'utérus après l'introduction de la pâte de Canquoin. Enfin il présente 48 cas de femmes devenues enceintes deux, trois, quatre, cinq mois après le raclage.

M. le Dr Treub (de Leyde) fait une communication sur l'*influence de quelques maladies des rachis et des fémurs sur certaines malformations du bassin.* Il présente un appareil de son invention, destiné à la démonstration pratique de l'influence des maladies du rachis sur les déformations du bassin.

M. le Dr Murdach Cameron (de Glascow) fait l'*historique de l'opération césarienne.* Jusqu'à ces derniers temps on ne pratiquait guère, en Angleterre, que la craniotomie. Je ne pense pas qu'on puisse aujourd'hui sacrifier un enfant, étant donné les beaux résultats obtenus par l'opération césarienne. 90 0/0 de mes opérées et leurs enfants ont été sauvés par cette opération. Chaque fois que le diamètre ant.-post. est de trois pouces l'opération césarienne doit être l'opération de choix et de nécessité : au huitième mois, l'opération permet d'enlever un enfant vivant.

Je crois qu'il est préférable d'attendre le commencement du travail et que l'utérus soit légèrement dilaté pour commencer l'opération. Ceci permettrait d'avoir en même temps des contractions énergiques et un drainage des lochies.

L'incision est celle de l'ovariotomie. Le danger de l'incision de l'utérus vient de la présence du placenta et des hémorrhagies possibles. Pour prévenir ces dernières, l'auteur a introduit l'usage d'un pessaire pour la compression de l'utérus, ce qui permet à l'opérateur d'enlever les membranes sans les entamer et même quand le placenta se présente.

Quand l'ouverture est assez large pour admettre les doigts le pessaire est enlevé et l'incision prolongée en haut et en bas.

Il est issu que l'opération césarienne est l'opération de choix et non pas qu'on ait recours à elle après que les autres moyens aient échoué.

M. le Dr Leprévost (du Havre). — *De l'emploi vaginal et rectal du ballon de Petersen dans les opérations pelviennes.* — La position inclinée de Trendelenburg, en débarrassant le petit bassin des anses intestinales et en éclairant le champ opératoire, a singulièrement facilité les opérations pelviennes. Néanmoins, dans certains cas spéciaux, il est des manœuvres qui ne s'exécutent que laborieusement et avec peine. Ce sont celles qui se pratiquent au niveau de la partie supra-vaginale du col, celles surtout qui s'exécutent dans la profondeur du cul-de-sac de Douglas. Dans le but de rendre ces parties plus accessibles au doigt du chirurgien, je me suis servi du ballon de Petersen, appliquant ainsi aux opérations qui se pratiquent dans le petit bassin une manœuvre recommandée par Ulmann pour l'exploration extra-abdominale des organes pelviens.

Le ballon de Petersen, introduit dans le vagin et rempli d'une quantité d'eau variant de 250 à 400 grammes, refoule le corps de la matrice vers l'angle sacro-vertébral, ouvre largement le cul-de-sac vésico-utérin et amène dans le champ de l'incision abdominale la partie sus-vaginale du col. De plus, l'utérus se trouve immobilisé dans sa position nouvelle par le ballon distendu, lequel remplace avec avantage la main d'un aide, introduite dans le vagin avec mission de soulever l'utérus. Cette pratique m'a rendu de réels services dans l'hystéropexie et dans l'hystérectomie abdominale, alors que, ne disposant que d'un nombre restreint d'assistants, j'avais un grand intérêt à n'en immobiliser aucun.

Introduit dans le rectum, le ballon de Petersen en se dilatant refoule en avant la matrice et soulève le cul-de-sac de

Douglas qui, de concave, devient convexe. On voit quel avantage on peut retirer de cette disposition nouvelle, quand il y a lieu de pratiquer sur ce point, toujours le plus suspect, en raison des liquides irritants qui s'y accumulent de préférence, une toilette minutieuse. Mais, pour qu'il en soit ainsi, il est indispensable que le plancher pelvien ait conservé sa souplesse normale. S'il en était autrement, si le péritoine pelvien était infiltré de produits plastiques résultant d'une pachy-pelvi-péritonite, l'action du ballon en serait considérablement amoindrie. Même dans ces conditions, cependant, il est possible, avec une distension modérée du ballon, de soulever un peu le cul-de-sac de Douglas et de réduire de quelques centimètres la profondeur du petit bassin. Ce résultat, si faible qu'il soit, ne serait pas à dédaigner lorsqu'il s'agit de manœuvres qui, pour la plupart, s'exécutent du bout des doigts sans le contrôle de la vue.

MM. les Drs Labadie-Lagrave et Basset (de Paris). — *Traitement des salpingo-ovarites subaiguës par la dilatation, le curettage et le drainage.* — Depuis quatre ans on emploie, dans le service de M. Labadie-Lagrave, dans le traitement des salpingo-ovarites simples avec ou sans endométrite, par la dilatation suivie de curettage et drainage à la gaze iodoformée. Il y a importance à maintenir la dilatation par le drainage pendant trois semaines ou un mois et à ne la cesser que lorsque l'écoulement a disparu et qu'il n'y a plus de douleurs. Les auteurs ont pu voir souvent, à la suite de pressions sur les tumeurs salpingées (la cavité utérine préalablement lavée), s'écouler par le col des flots de pus qui ne pouvait venir que de la trompe. Dans dix-huit cas traités de cette façon cette année les résultats ont été excellents. Disposition des tumeurs, de l'écoulement, et douleurs locales et iradiées, amélioration considérable de l'état général compromis avant l'opération. Les femmes peuvent se livrer à leurs occupations habituelles. Des malades opérés il y a deux et trois ans ont été revues, elles ne présentaient pas de récidives. Les auteurs attribuent une importance à la capillarité de la gaze iodoformée. Cette dernière agit par antisepsie et peut avoir une action à distance par son élasticité sur la nutrition des annexes, propriétés attribuées au drain de caoutchouc par certains auteurs.

M. Duret (de Lille). — Les tumeurs végétantes de l'ovaire sont une véritable entité et possèdent une histoire particulière différente de celle des autres tumeurs malignes. La survie notable qu'on obtient après l'ovariotomie justifie l'opération.

M. Gouilloud (de Lyon) fait dans les petits pyosalpinx, les ovarites, limités avec peu d'adhérence, l'extirpation sans hystérectomie préalable. Cette opération est surtout bonne lorsqu'il n'y a pas de cavité bien nette qu'on puisse atteindre et ponctionner par le cul-de-sac de Douglas, et lorsqu'il y a intégrité de la trompe opposée. C'est une méthode simple.

M. Rouffart (de Bruxelles) a fait dans 8 cas de suppurations pelviennes une opération mixte composée de la première partie de l'opération de Péan et de l'hystérectomie abdominale. On n'ouvre pas ainsi la cavité utérine et on a une large voie d'écoulement des liquides par le vagin.

M. le Dr Auvard (de Paris). — *Tamponnement intra-utérin.* — Le tamponnement intra-utérin, à l'aide de gaze iodoformée, est un excellent moyen hémostatique qu'on peut employer dans les cinq circonstances suivantes : 1° Hémorrhagie après accouchement ; 2° Hémorrhagie après avortement ; 3° Hémorrhagie du post-partum ; 4° Hémorrhagie après curage ; 5° Hémorrhagie après myomectomie vaginale.

Voici le résumé de ma pratique personnelle : 1° Douze cas de tamponnement intra-utérin pour hémorrhagie de la délivrance après accouchement à terme. Dix guérisons et deux morts : l'une de tuberculose, deux mois apres l'intervention ; l'autre de septicémie, dix jours après l'accouchement. Ce second cas pourrait seul être compté au passif de la méthode.

2° Après l'avortement, j'ai eu recours au tamponnement intra-utérin, tantôt après évacuation complète de l'utérus (3 cas), tantôt après le décollement placentaire (4 cas). Dans les 7 cas, guérison. Plus cinq cas après extraction du placenta, cinq guérisons.

3° Pendant le post-partum, je n'ai appliqué le tamponnement intra-utérin qu'une fois. Guérison.

4° Huit fois après le curage d'utérus cancéreux, et quatre fois après le curage pour endométrite simple, j'ai pratiqué le tamponnement, toujours avec succès.

5° Dans cinq cas, l'ablation d'un myome par la voie vaginale a nécessité, à cause de l'hémorrhagie, le tamponnement utérin. Les cinq femmes ont guéri.

On voit, d'après l'énumération qui précède, que le tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée est un excellent moyen d'hémostase, en même temps qu'il n'est pas dangereux soit pendant la puerpéralité, soit en dehors d'elle ; c'est donc un moyen thérapeutique qui doit se généraliser de plus en plus.

M. le Dr de Lostalot (de Salies-de-Béarn). — *Indications et contre-indications des eaux chlorurées sodiques fortes naturelles en gynécologie.* — Si l'intervention de la chirurgie dans la gynécologie a restreint de plus en plus les limites, depuis quelques années, du traitement médical, celui-ci, et en particulier le traitement chloruré sodique, n'en reste pas moins précieux dans certains cas. Voici à mon avis, après une pratique de quatre années à Salies-de-Béarn, quelles sont les indications et les contre-indications de ce mode de traitement :

Indications. 1° Fibro-myomes à évolution lente non accompagnés d'hémorrhagie pouvant devenir rapidement menaçants ; les fibromes non hémorrhagiques, les fibromes arrivés ou développés à l'époque de la ménopause, les fibromes très volumineux enclavés pouvant rendre une intervention radicale dangereuse ;

2° Le traitement chloruré sodique trouve une indication de première importance dans les métrites catarrhales tirant leur origine d'un état général strumeux ou tout au moins lymphatique ainsi que chez les malades anémiés par une métrite hémorrhagique pour laquelle on devra pratiquer ou on aura pratiqué le curettage qui est ici le traitement de choix ;

3° Parallèlement aux affections précédentes, je place les exsudats pelviens, les empâtements subaigus ou chroniques des ligaments larges dus à une périphlébite ou périlymphangite de ces régions ; les périsalpingites créant des adhérences, cause si fréquente des douleurs des annexes, et compliquant si singulièrement les oophoro-salpingectomies. Je dirai de même des adhérences consécutives aux opérations et qui entretiennent parfois les douleurs persistantes après les laparotomies.

Contre-indications. Le traitement chloruré sodique doit être absolument contre-indiqué dans le traitement médical des salpingites avec inflammation récente de la trompe, et jusqu'à ce jour on a véritablement abusé du traitement thermal dont il est ici question. Loin de guérir, l'on peut dire que souvent la balnéation chlorurée sodique n'a fait que hâter une salpingectomie qui avait été différée jusqu'alors ; par ce traitement, on voit bientôt, vers le quinzième jour, des douleurs augmenter d'intensité, sans compter des accidents de pelvi-péritonite ou de péritonite généralisée ainsi que j'en ai observé deux cas terminés par la mort ; cette poussée aiguë sous l'influence de la balnéation peut s'accompagner de collections tubaires suppurées, j'en connais trois observations.

Sont seules justiciables des bains chlorurés sodiques les salpingites anciennes presque éteintes, où il ne persiste que des lésions de voisinage, c'est-à-dire des exsudats inflammatoires péritonéaux. Si, dans ces cas, le traitement thermal ne suffit pas par lui-même, il prépare admirablement les malades à une intervention radicale en amenant la résorption des exsudats pelviens. Toutefois, une intervention chirurgicale du côté de l'utérus ou des annexes ne doit pas être exécutée avant un repos d'au moins un mois après le traitement thermal ; de même qu'elle ne doit jamais être tentée pendant le traitement ; il existe en effet, dans ce moment, ainsi que dans les trente ou quarante jours qui suivent la balnéation, une telle congestion des organes du bassin, que les malades doivent être considérées comme en imminence de règles.

M. le Dr Doyen présente les résultats de 305 *opérations sur l'utérus et les annexes*, comprenant 175 laparotomies et 122 opérations vaginales et 8 laparotomies sous-péritonéales ; soit par groupe d'opérations : 6 tumeurs de l'ovaire une mort, 75 ans, broncho-pneumonie ; 13 tumeurs végétantes et cancers périto-

néaux compliqués ou non d'ascite et de généralisation ganglionnaire, ou d'épaississement considérable du péritoine : 5 morts ; 60 laparotomies pour lésion des annexes et grossesse extra-utérine : 6 morts, deux dues à du catgut septique ; 30 hystérectomies abdominales à pédicules externes : 3 morts ; 1 hystérectomie avec réduction du pédicule : 1 mort ; 10 hystérectomies totales par laparotomie : 1 mort ; 5 hystérectomies pour fibromes putréfiés purulents et opérations incomplètes : 5 morts ; 10 hystérectomies vaginales, dont 23 pour cancer (4 incomplètes) : 6 morts ; 22 opérations de polypes cavitaires ou interstitielles par section simple ou morcellement : 1 mort ; et enfin 8 laparotomies sous-péritonéales.

Nous insisterons sur le manuel opératoire de nos hystérectomies. Dès le mois de février 1887, nous avons pratiqué l'hystérectomie pour cancer et appliqué au traitement des pédicules latéraux de l'utérus la forcipressure par nos pinces à mors élastiques destinées à remplacer les anciens modèles et à éviter tout danger d'hémorrhagie.

En mai 1887, nous avons fait l'hystérectomie pour gros fibromes pesant jusqu'à 1,800 grammes, l'un d'eux compliqué de kyste de l'ovaire, et pour des salpingites inflammatoires ou purulentes. Notre première opération par le vagin pour salpingite purulente date de septembre 1887 et a été faite de propos délibéré. Nous pratiquons toujours l'hystérectomie vaginale en saisissant le col par deux pinces latérales ; l'utérus, après ouverture du cul-de-sac postérieur et décollement de la vessie, est incisé longitudinalement sur sa paroi antérieure. Les lèvres de cette incision sont saisies de plus en plus haut par des pinces à griffe ; la section est prolongée chaque fois vers le fond de l'organe qui est morcellé si son volume en empêche le renversement facile au dehors. C'est également par l'incision longitudinale simple ou en V et par une alternative de mouvements de bascule à droite, à gauche, en avant et en arrière que nous pratiquons l'ablation par morcellement de fibromes atteignant jusqu'au poids de 1,800 et 2,200 grammes. Nos 23 dernières hystérectomies vaginales pour fibromes ne nous ont pas donné un seul insuccès et sur la totalité de nos opérations les 82 dernières n'ont donné que trois cas de mort.

Pour l'hystérectomie abdominale, nous avons cherché à déterminer un procédé qui nous permît d'enlever par la laparotomie l'utérus en totalité, y compris le col, qu'il s'agisse d'un fibrome sous-péritonéal, d'une tumeur du ligament large adhérente à l'utérus ou, comme nous en avons observé un cas, de kyste suppuré du ligament large avec loges purulentes du corps de l'utérus.

A cet effet, l'utérus, après incision de l'abdomen, est renversé en avant sur le pubis, le bistouri plongé profondément dans le cul-de-sac recto-utérin incise en long et d'un seul coup le cul-de-sac péritonéal postérieur et la surface péritonéale du fibrome. Une incision circulaire ou mieux en raquette partie de la première pour y aboutir de nouveau passe au-dessus du point d'insertion des ovaires sur la tumeur, circonscrivant de chaque côté les deux pédicules vasculaires utéraux ovariens. Je pratique alors rapidement sans fil élastique et sans forcipressure temporaire des ligaments larges la décortication sous-péritonéale de la tumeur. Une ligature est jetée rapidement de chaque côté au-dessous de l'ovaire, et la totalité de la tumeur y compris le col est détachée du vagin. Il suffit alors de faire repasser par le vagin le fil appliqué sur les pédicules latéraux et d'attirer en bas avec deux ou trois pinces tout ce qui reste de l'enveloppe péritonéale de la tumeur. Le ventre est refermé provisoirement par de grandes pinces à mors mousses, les jambes de la femme sont levées, une pince appliquée de chaque côté sur le ligament large, par le vagin, et il suffit alors de poser un drap et d appliquer une mèche de gaz antiseptique pour se trouver prêt à terminer l'opération par la suture en surjet du péritoine pelvien et la fermeture du ventre. Sur 11 opérations de ce genre pratiquées pour les cas les plus difficiles et les plus graves, puisque nous avons eu un cas de rupture du rectum au cours de l'opération, nous n'avons eu qu'un cas de mort, survenu par suite de l'influenza et sans complication du côté du ventre. Notre suture du rectum a guéri sans fistule.

M. Segond. — M. Doyen, en 1887, aurait appliqué la méthode de Péan ; ce qui détrônerait Péan ; mais il ne l'a publié qu'en 1892. A Péan reste donc l'honneur d'avoir le premier décrit cette opération.

Sa façon d'opérer est celle de Péan : c'est le morcellement. (M. Doyen commence par une section médiane, seule différence.) Muller et Quénu ont appliqué des procédés analogues. Il n'y a pas un procédé applicable à tous les cas; on doit employer la méthode utile dans chaque cas. Il y en a deux de Péan : 1° des pinces de chaque côté, puis on sectionne les deux valves saisies, on rugine l'utérus et on fait avancer les pinces. 2° Quand l'utérus est volumineux, on fait l'évidement central. On n'applique pas de pinces latérales et cependant il n'y a pas d'hémorrhagie. L'utérus descend, on l'attire et on applique la pince sur le ligament large. Une autre pince amène l'utérus, puis on dessine un cône creux avec un bistouri recourbé.

Un accident grave peut arriver : la pince lâche, la lèvre saigne. M. Segond a inventé, pour obvier à cet inconvénient, un écarteur à manche mobile qui, appliqué, n'empêche pas l'opérateur de voir au fond du vagin et lui permet de saisir la lèvre de nouveau.

M. le Dr Ziembicki (de Lemberg, Autriche).— *Hémorrhagies de la vessie consécutives à l'opération de la fistule vésico-vaginale.* — 1° Les hémorrhagies de la vessie consécutives à l'opération de la fistule vésico-vaginale arrivent de la fin du 2e au 5e jour. Elles peuvent déterminer la mort des malades par suite de l'anémie suraiguë. — 2° Les moyens palliatifs et médicaux sont insuffisants pour les maîtriser. Le broiement et l'aspiration constituent une méthode illusoire. — 3° Contrairement à l'avis de Hégar et de Kaltenbach et de Pozzi, elles ne sont pas généralement d'origine artérielle, mais proviennent des plexus veineux. — 4° La cause prédisposante réside dans les phlobeetasies consécutives à la grossesse. — 5° La cause directement officiante paraît due à la section des veines par l'anse du fil de suture métallique. — 6° On ne peut pas admettre, comme le veulent Hégar et Pozzi, que ces hémorrhagies soient toujours imputables aux chirurgiens et à une faute de technique opératoire. — 7° La taille hypogastrique faite à temps arrête l'hémorrhagie en faisant passer la vessie de l'état de contraction continuelle à l'état de rétraction et de repos. Elle est donc au premier chef hémostatique. En 2e lieu, elle peut assurer la première intention de l'opération plastique faite par le vagin et éviter un échec imminent.

(*A suivre*). E. Basset.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 *octobre* 1892. — Présidence de M. Périer.

Enfoncement de la voûte du crâne et trépanation.

M. Gérard Marchant. — J'ai été chargé de faire un rapport sur une observation adressée à la Société par M. le Dr Février (de Nancy). Cette observation a trait à un cas de trépanation pour enfoncement de la voûte du crâne. Je puis mentionner un autre cas analogue qui m'est personnel. Dans ces observations et dans celles qu'on doit en rapprocher, il s'est écoulé un temps variable entre la fracture et l'apparition des accidents ; quelquefois ce temps a été très long (10 à 15 ans). D'ordinaire, la lésion anatomique est constituée par de l'hyperostose et de la condensation du tissu osseux de la voûte du crâne. La dure-mère est saine au-dessous et, d'habitude, il n'y a pas d'adhérences. La membrane est simplement déprimée, nullement durcie par places. Les douleurs sont persistantes ; il y a des paralysies transitoires, généralement extensibles. Le diagnostic d'enfoncement n'est pas toujours très facile à faire d'avec celui de plaques de méningo-encéphalite ou d'abcès du cerveau. Les éléments qui doivent guider, en l'espèce, sont principalement : 1° l'existence d'un enfoncement ; 2° son siège dans la zone psychomotrice et ses rapports avec les phénomènes paralytiques observés. Il ne faut pas, en effet, se hâter de conclure de la présence d'un enfoncement de la voûte que les accès douloureux ou autres observés sont en connexion avec lui. Je pourrais en citer un exemple probant. Un syphilitique avait des accès épileptiformes. Or il avait un enfoncement cranien très marqué. On aurait pu faire le diagnostic de fracture du crâne ancienne, compliquée actuellement d'accidents cérébraux. Mais comme il n'y avait pas de rapport entre l'enfoncement et la zone psychomotrice, on diagnostiqua une gomme cérébrale. Le malade mourut et à l'autopsie on ne trouva que des plaques de ramol-

lissement au niveau du bulbe. On avait donc bien fait de ne pas intervenir ; l'opération n'aurait rien donné. Dans les cas d'enfoncement avéré, il faut trépaner immédiatement pour éviter l'apparition d'accidents ultérieurs plus graves, qui peuvent même être mortels. On doit enlever toute la surface hyperostosée, quitte à faire une large perte de substance. Faut-il inciser la dure-mère? Je crois que la meilleure pratique doit être celle qui laisse le chirurgien maître de la situation, suivant les cas. Comme la plupart du temps la dure-mère est saine, il est inutile de l'ouvrir. Mais si on a des doutes et si elle paraît malade, on peut très bien en pratiquer la section.

Emploi des températures élevées dans le traitement des plaies.

M. Félizet. — Quand on a affaire à un foyer tuberculeux qu'il s'agit de détruire, il est rare que l'on puisse enlever tous les tissus malades à l'aide des instruments ; on complète d'ordinaire l'intervention par l'emploi d'agents chimiques énergiques, continuant l'action du fer, alors même que l'opération est terminée. Il s'établit ensuite une ostéite défensive qui amène la guérison par résorption des germes morbides. Mais souvent ces procédés sont insuffisants dans la tuberculose et la plaie ne guérit pas radicalement. Pour obtenir des résultats plus consolants, j'ai, dans 58 cas, dont 38 sont très probants, essayé d'un autre moyen d'action sur le tissu tuberculeux. Ce moyen m'a donné des succès dans un certain nombre de résections du genou, de la hanche, du coude, et d'interventions pour abcès divers. Dans la majorité des cas, j'ai obtenu ainsi une guérison complète rapide. Le moyen en question est le *flambage des plaies* à l'aide d'une flamme donnant 1,500 à 1,600° au pyromètre. Avec cette flamme je lèche la plaie pour ainsi dire et la rend aseptique sans carboniser les tissus : ce que fait le thermo-cautère qui ne donne que 700° (rouge sombre) et 1,400° (blanc vif). Pour ce flambage, j'emploie un chalumeau fonctionnant à l'aide d'un mélange composé d'un 1/3 d'air et de 2/3 d'essence minérale. La technique est simple : il suffit de protéger les lèvres de la plaie cutanée pour ne pas nuire à la réunion par première intention et d'en écarter largement les lèvres pendant que la flamme est promenée comme un pinceau pendant quelques secondes sur les points malades. Les tissus se flétrissent, le sang se coagule ; mais il n'y a aucune carbonisation, aucune hémorrhagie. Il suffit de flamber pendant quarante secondes pour une résection du genou, par exemple.

M. Reclus. — Je puis citer un cas de gangrène foudroyante du membre supérieur, pour lequel j'ai pratiqué une désarticulation de l'épaule et utilisé le plombage au thermocautère porté au rouge vif. Le malade a guéri. Est-ce une simple coïncidence ? Je ne le crois pas et mentionne ce fait, car il me semble plaider en faveur de l'idée qui a guidé M. Félizet.

M. Nélaton. — Chez deux femmes atteintes de cancer du col de l'uterus, j'ai fait le curettage que j'ai complété par le flambage, à l'aide du cautère à gaz de mon père. Or, la récidive s'est fait attendre pendant assez longtemps. Je crois devoir ajouter que le chalumeau de M. Félizet est fort analogue au cautère à gaz imaginé par mon père. La chaleur développée est en tout cas la même pour les deux instruments.

M. Moty. — Quand on passe à plusieurs reprises le thermocautère porté au rouge blanc devant une plaie, sans y toucher, ce flambage à distance amène une sorte d'érection des bourgeons charnus et la cicatrisation se fait plus vite. Le calorique me paraît agir plutôt sur la vitalité des tissus que sur les germes qu'ils contiennent.

Greffe de l'uretère sur l'intestin.

M. Chaput lit une très intéressante observation de *fistule uretéro-vaginale guérie par l'abouchement de l'uretère dans le côlon iliaque.*

Gastrostomie en deux temps.

M. Monod. — Je vous présente un malade opéré, depuis mars 1892, de *gastrostomie en deux temps*. Vous le voyez, la fistule est très petite, et la santé aussi bonne que possible, vu la lésion œsophagienne.

Rupture de l'intestin grêle. Laparotomie. Guérison.

M. Nélaton. — Je vous présente un jeune homme chez lequel j'ai fait la *laparotomie* pour *une rupture de l'intestin grêle*, consécutive à un coup de pied de cheval. Il y avait de la péritonite au moment de l'intervention (120 puls., 36°,6). On trouva une plaie intestinale de 3 centimètres et on la sutura. La guérison se fit sans encombre. C'est, je crois, le troisième fait de ce genre qu'on présente à la Société (Moty, Michaux). L'opération fut faite dix heures après l'accident ; on trouva un épanchement stercoral dans la cavité abdominale qui fut lavée avec 10 litres d'eau bouillie. Marcel Baudouin.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 3 octobre 1892. — Présidence de M. Brouardel.

M. le Président lit une lettre du Dr Desguin (d'Anvers), ou plutôt un article de journal rédigé par le Dr Desguin, en réponse à la lettre adressée par le maire du Havre au bourgmestre d'Anvers. Après avoir fait cette lecture, M. Brouardel rappelle que, le 12 août, la présence du choléra au Havre n'était connue ni par les autorités municipales ni par le Gouvernement, que le service sanitaire ne pouvait donc pas le signaler sur les patentes.

M. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, donne au Comité les renseignements suivants.

CHOLÉRA.

Syrie.

Cette épidémie, dont le Comité s'est plusieurs fois occupé depuis trois ans, a pris fin à Saint-Jean-d'Acre. Son histoire peut n'être pas sans utilité dans les circonstances actuelles.

En 1889, la maladie pénètre en Mésopotamie par le Golfe Persique. Elle fut au début très cruelle. Immédiatement elle atteint Bagdad, puis, remontant le Tigre, elle entre à Mossoul. Les statistiques officielles, dit le Dr de Brun, médecin sanitaire de France à Beyrouth, ne sauraient donner une idée du nombre de victimes qu'elle fit alors. La maladie s'assoupit pendant l'hiver, reparut l'été suivant à Mossoul même, gagna Diarbékir, puis, marchant vers l'ouest, touche Hama, Homs et enfin Tripoli. Mais la mortalité en 1890 fut beaucoup moindre qu'en 1889, bien que les populations atteintes fussent plus nombreuses, et « quand la maladie atteignit Tripoli, sa bénignité étonna tous ceux qui connaissaient la déplorable hygiène publique de cette ville (de Brun). » L'hiver de nouveau arrête le mal, qui, en 1891, l'été venu, se montre de nouveau à Alep, mais, plus bénin encore qu'en 90, cause peu de décès, fait quelques rares victimes à Antioche et à Alexandrette, et est transporté à Damas par un corps de troupes en rupture de règlements sanitaires. Dans ce milieu qui semblait si favorable à l'expansion du fléau, il ne dure qu'un mois, est peu mortel, s'étend à quelques villages de la banlieue, mais partout sous la forme la plus atténuée. Au mois de décembre il avait quitté Damas, au mois de février les environs de la ville. Au moins de juin de cette année, il se montre à Saint-Jean-d'Acre, de moins en moins envahissant et meurtrier, et disparaît enfin complètement.

Mer Rouge.

Le choléra existe au sud de la mer Rouge dans le vilayet de l'Yémen.

Sur 90 passagers venus de Tadjoura, qui est dans le golfe d'Aden sur la côte africaine, et débarqués à Djami, près d'Hodéidah, 30 sont morts avec symptômes cholériques.

Depuis lors, la maladie se maintient à Lohéia, à Zéidich et à Hodéidah.

On se demande si ce n'est pas une suite et reprise de l'épidémie qui ravagea l'Yémen l'an dernier à pareille époque.

Le bateau égyptien *Chibin*, porteur du Tapis sacré, est arrivé à Suez le 5 septembre avec 633 pèlerins. L'état de santé à bord était excellent. Le conseil d'Alexandrie a décidé de considerer comme terminé le pèlerinage de 1892.

Du reste, cette année, le pèlerinage qui a compté environ 25,000 pèlerins (13,000 se sont embarqués à Djeddah, 12,000 à Yambo), s'est effectué dans des conditions sanitaires bonnes.

A Tor, il n'y a pas eu de mouvement d'hôpital. Ce n'est pas que Djeddah et la Mecque soient propres. Le délégué au Hedjaz du conseil d'Alexandrie fait de la saleté de ces deux villes, de Djeddah surtout, le plus effroyable tableau.

Russie.

La grande épidémie de choléra, partie du nord-ouest de l'Inde, continue sa double marche. C'est au mois de février que sa présence est constatée à Hérat. De là, elle gagne Mesched, en Perse. Le 4 juin elle était à Kaakha, station du chemin de fer transcaspien, qui va de la mer Caspienne à Askhabad; le 16 juin à Ouzoun-Ada, gare terminus de cette voie ferrée, le 19 juin à Bakou. De là elle se répand en Russie. Je donnerai au Comité, dans une prochaine séance, quelques détails rétrospectifs fort curieux sur les débuts du choléra à Bakou et les moyens qui lui ont été offerts pour se propager.

De Bakou, il envahit avec une extraordinaire rapidité les provinces de la Grande-Russie, arrive à Nijni-Novgorod et à Moscou, monte au nord jusqu'à Saint-Pétersbourg, et peut-être à l'ouest, par les trains d'émigrants, pénètre d'un bond jusqu'à Hambourg.

A Saint-Pétersbourg même, le fléau est en pleine décroissance. « Il a sévi dans la classe la plus pauvre, et on a pu chaque fois constater que l'individu atteint s'était servi d'eau contaminée. Aucun cas ne s'est produit dans le centre de la ville, qui est alimentée avec de l'eau filtrè. »

Les provinces de la Grande-Russie, et spécialement celles du sud, restent aujourd'hui même les plus éprouvées. Le nombre des provinces atteintes a été de 45. Du 1er au 23 septembre, le nombre des décès officiellement constatés a été de 43,816. Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 23, il a été de 180,599.

Le fléau continue à ravager particulièrement la Caucasie. S'il a disparu, ou à peu près, du gouvernement de Bakou, et diminué dans ceux d'Erivan et de Daghestan, il reste meurtrier dans celui de Tiflis, mais pas à Tiflis même, où il a été vaincu par les mesures intelligentes et énergiques qu'a prises la municipalité, et il augmente dans les gouvernements d'Elisabethpol et de Stavropol. Au milieu du mois d'août, le nombre des victimes dans les seules provinces du Caucase était déjà évalué à plus de 35,000.

Ce qui est plus inquiétant encore, c'est que le choléra a gagné la Crimée par Kertch, où le 18 septembre il y avait déjà eu 453 cas et 219 décès reconnus; à Sébastopol et dans les districts environnants, 113 décès du 3 au 13 septembre, et enfin le 29 septembre, la présence du choléra a été officiellement déclarée à Odessa.

Perse.

En même temps que le fléau se dirigeait vers la Caspienne, la mer Noire et la Russie par le chemin de fer d'Askhabad, de Mesched, il se répandait en Perse, et j'ai dit au Comité les ravages qu'il a causés à Téhéran et à Tauris. Du 2 au 12 septembre le nombre des décès a été à Téhéran de 563 et à Tauris de 620. C'était déjà une forte diminution sur les chiffres antérieurs. Du 12 au 19, il n'a plus été à Téhéran que de 60, et à Tauris que de 25.

Mais le mal, se dirigeant vers le sud et le sud-ouest, a gagné d'autres villes de la Perse. Il est entré à Ispahan, où il a causé 40 décès du 2 au 12 septembre, et 70 décès du 12 au 19; à Hamadan, qui est l'ancienne Ecbatane, qui compte 15,000 habitants, et où il sévit de la manière la plus crelle, ayant fait 300 victimes du 2 au 12 septembre, et 380 du 12 au 19. Il est entré à Saouk-Boulak, qui a 6,000 habitants, où il avait à la date du 17 septembre causé 60 décès. Saouk-Boulak touche presque à la frontière de l'Asie-Mineure et de cette ville le fléau menace directement Mossoul.

Asie Mineure.

Cependant ce n'est pas par la frontière persane que l'Asie Mineure aura été tout d'abord envahie : c'est par la mer Noire, et elle doit très vraisemblablement le choléra à son lazaret de Platana. Du reste, jusqu'ici le nombre des cas est faible.

Platana est un port de mer très proche de Trébizonde. C'est là qu'on a ouvert un lazaret. Quelques décès s'y étaient produits parmi les quarantenaires. Les derniers étaient du 18 et du 20 août. Il n'y avait plus que 10 convalescents dans le lazaret et l'on envisageait la suppression prochaine du poste. Mais un cas se produit alors sur un des soldats du cordon sanitaire, puis un second; ce dernier est suivi d'un cas mortel (23 août) dans la ville (2,500 habitants). Le 8 septemcre, le choléra se montre à Trébizonde; le 12, il avait causé 10 décès.

Trébizonde est reliée par une route carrossable, longue de 340 kilomètres, à Erzeroum. Aussi, dès le 14 septembre, notre médecin sanitaire à Constantinople signala-t-il la présence du choléra dans le vilayet d'Erzeroum. Le mal ne s'y propage pas rapidement : car le 21, M. Mahé ne parle pour ce vilayet que de « quelques cas, rares et isolés, dans quelques localités. » Erzeroum même ne paraît donc pas atteint.

Néanmoins, la présence du choléra en Asie-Mineure est un fait grave.

Hambourg.

Le nombre des décès, depuis les dernières indications fournies au Comité, est comme suit :

18 septembre		115
19	—	105
20	—	100
21	—	97
22	—	69
23	—	56
24	—	48
25	—	47
26	—	33
27	—	42
28	—	25
29	—	24

Au sujet de cette épidémie de Hambourg, un fait est à rappeler. En 1887, le docteur Hueppe fit une conférence dans cette ville sur son alimentation en eau potable. Il déclara que l'eau de l'Elbe, que buvait la grande majorité des habitants, était dangereuse, qu'elle contenait une grande quantité considérable de *sewage*, que dans les circonstances ordinaires elle pouvait paraître inoffensive, mais que si les germes de la typhoide ou de choléra venaient à s'y introduire, elle pourrait être la cause d'un désastre (1). L'événement n'a que trop confirmé cette prédiction.

Belgique.

L'épidémie s'est montrée avec une certaine intensité dans le Borinage. Elle a causé d'assez nombreux décès à Wasmies et à Paturage (34 décès).

Elle paraît encore présente dans les faubourgs de Bruxelles, à Molembesk et Anderlecht; mais on n'en signale pas de cas à Bruxelles même depuis le 2 septembre.

Plusieurs des communes qui se trouvent sur le trajet des canaux partant d'Anvers ont été atteintes.

Au 26 septembre, l'on accusait pour la Belgique depuis le 15 août 622 cas et 291 décès.

A Anvers, on comptait le 29 septembre 211 cas et 75 décès.

Anvers reproche au Havre de n'avoir pas déclaré la présence du choléra asiatique, alors que cette présence n'était rien moins qu'établie: le reproche peut se retourner avec beaucoup plus de raison contre Anvers. C'est, en effet, depuis le 15 août, que l'épidémie sévit dans cette ville. Or, le 28 août, c'est-à-dire à un moment où l'existence du choléra à Anvers ne pouvait pas faire doute, le délégué sanitaire de Belgique au Conseil d'Alexandrie communiquait au conseil la dépêche suivante du ministre des affaires étrangères en Belgique: « Les cas de maladie constatés à Anvers sont absolument isolés, il n'y a pas en Belgique d'état épidémique. La commission sanitaire a continué à donner des patentes nettes. »

Hollande.

Le bourgmestre d'Amsterdam a fait le 23 septembre la déclaration suivante :

« Le bourgmestre de la ville d'Amsterdam fait savoir que trois cas de choléra se sont produits à bord d'un bateau chargé de sable, parti de Killegom (Hollande méridionale) et arrivé en cette ville le 28 septembre. Deux des malades sont décédés. Il est probable que ce sont des cas de choléra asiatique. Toutes les mesures d'isolement et de désinfection ont été prises. »

---

(1) Citation faite par *The Lancet*, numero du 17 septembre 1892.

L'examen bactériologique a été fait. Il en est résulté que l'on n'était pas en présence du choléra asiatique. Néanmoins, l'immédiate publication de l'avis de la municipalité paraît excellente. Elle était bien faite pour d'une part préserver les habitants de la propagation du mal, d'autre part donner confiance aux autres pays dans la sincérité des déclarations de la ville.

Autriche-Hongrie.

Des agences de renseignements ont signalé le présence du choléra à Cracovie et même à Budapesth. Ces informations ne sont pas jusqu'ici officiellement confirmées. Mais elles sont telles qu'il est difficile de ne pas admettre qu'elles soient vraies.

Italie.

Quelque émotion a été soulevée en France par l'annonce qu'un navire parti de Gênes serait arrivé à Buenos-Ayres avec 26 cas de choléra. Renseignements pris, il s'agissait de cas de rougeole. Aucun cas de choléra n'a été constaté en Italie, sauf les deux cas signalés à Capri, il y a plus d'un mois, sur un voyageur allemand et une blanchisseuse.

France.

Le service de défense aux frontières fonctionne dans de bonnes conditions. Il donne lieu à très peu de réclamations justifiées. Il paraît avoir réussi jusqu'ici à préserver notre territoire du choléra du dehors.

Celui du dedans a envahi plusieurs localités nouvelles. A Paris et dans le département de la Seine, au Havre et à Rouen, la décroissance est telle que l'on peut presque dire que le mal a disparu. M. l'inspecteur général nous donnera à cet égard les chiffres de la dernière quinzaine. Le fléau semble aussi avoir abandonné le département de l'Eure. Sur trois points surtout se sont manifestés des foyers inquiétants.

A Tourlaville, commune voisine de Cherbourg, puis à Cherbourg même, quelques décès cholériques ont eu lieu. M. Brouardel a bien voulu se rendre à Cherbourg avec le docteur Netter, et il a ordonné toutes les mesures à prendre. Depuis, sur l'avis du Comité de direction, M. le ministre a délégué à Tourlaville M. le docteur Boulloche, qui s'y trouve en ce moment. Il y a eu jusqu'ici 6 décès à Tourlaville et 7 à Cherbourg.

M. le docteur du Mesnil a été également délégué pour prendre les mesures nécessaires contre une manifestation cholérique à Dieppe et au Tréport. Il rendra compte au Comité de sa mission. Il y a eu 40 décès à Dieppe et 12 au Tréport.

Enfin l'epidémie s'est montrée, sous une forme virulente, au Portel, à 4 kilomètres de Boulogne. Dans ce port qui a environ 5,000 habitants, le nombre de décès s'élève actuellement à 27. M. le docteur Girode en parlera au Comité. Il a organisé la défense et installé au Portel le docteur Aymard, délégué du ministre.

La circulaire suivante a été adressée aux préfets :

Paris, le 28 septembre 1892.

Monsieur le préfet, je crois devoir de nouveau appeler votre attention sur les dispositions de l'art. 6 du décret du 29 août 1892 qui sont ainsi conçues :

« La déclaration à la mairie de tout cas suspect d'être un cas de choléra est obligatoire, dans un délai de vingt-quatre heures, pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui en a constaté l'existence, pour le chef de famille ou les personnes qui soignent le malade et pour toute personne qui le logerait. »

Des faits récents et trop nombreux m'ont démontré que l'importance de ces dispositions n'était pas suffisamment comprise par les maires et les médecins. Dans plusieurs localités, soit par calcul, soit par indifférence, les premières manifestations cholériques ont été méconnues pendant plusieurs jours, et lorsqu'il n'a plus été possible de les dissimuler, la maladie s'était déjà répandue en formant de dangereux foyers.

Pour pouvoir agir promptement et surement il faut connaitre le mal dès qu'il se declare, qu'il paraisse ou ne paraisse pas importé ; sans s'attarder à preciser le caractère de telle ou telle affection douteuse, dès qu'un cas suspect d'être un cas de choléra se manifeste dans une commune, ce n'est pas seulement le médecin, c'est « le chef de famille, » ce sont « les personnes qui soignent le malade, » ce sont celles qui le logent, qui ont, de par le décret, et sous des peines sévères, l'obligation d'en faire la déclaration au maire ; celui-ci doit alors prendre des mesures immédiates pour l'isolement du malade et surtout pour la désinfection des déjections, des objets de literie, des linges ayant servi, de l'appartement occupé. Le maire, de son côté, doit vous aviser immédiatement.

Il est indispensable de rappeler aux maires, aux médecins et à toutes les personnes intéressées que par leur silence ou leur inaction ils assument une très grave responsabilité : l'épidémie qui se répandrait leur serait imputable. Je vous rappelle qu'en dehors des pénalités que mentionne le décret du 29 août dernier, celles édictées par la loi du 3 mars 1822 sont extrêmement sévères contre ceux qui auraient sciemment dissimulé les faits de manière à exposer la santé publique, ou qui, ayant connaissance d'un symptôme de maladie cholérique, auraient négligé d'en informer qui de droit.

Dans l'intérêt supérieur de la santé publique, qui est en jeu, mon administration est décidée à obtenir la stricte application de l'article 6, parce qu'il constitue le moyen préventif par excellence, parce que seul il permet de combattre pied à pied la dissémination du fléau, avant qu'il n'ait envahi des agglomérations où la lutte devient sinon impossible, du moins très difficile.

Vous devez donc être immédiatement prévenu de tous les cas suspects qui seront signalés aux maires, et à votre tour vous me transmettrez sans retard cette information. Il ne faut pas oublier qu'au point de vue de la propagation des épidémies, l'intérêt de toutes les communes est solidaire non seulement dans les limites d'un département, mais pour la France entière. L'apparition simultanée de cas de maladie sur divers points d'une même région peut motiver des mesures générales : il est de toute nécessité que l'administration supérieure soit constamment et exactement tenue informée de toute manifestation plus ou moins suspecte.

Je vous prie, monsieur le préfet, de donner avis à MM. les maires de votre département des dispositions de la présente circulaire qui les concernent, et de les inviter à porter de leur côté ces dispositions à la connaissance de leurs administrés et des médecins qui résident dans leurs communes. Dans le cas d'ailleurs où vous jugeriez qu'une plus large publicité serait utile, sans être de nature à alarmer les populations, je vous laisse le soin d'y faire procéder dans telle mesure que vous apprécieriez.

Vous voudrez bien me faire connaitre la suite que vous aurez donnée à ces instructions.

Recevez, etc.

Des instructions nouvelles, dont l'expérience a démontré la nécessité, ont été adressées, le 29 septembre, aux directeurs des postes sur la frontière. Nous tenons la main à ce que ce service occasionne la moindre gêne possible aux voyageurs.

Le ministre de l'instruction publique ayant désiré avoir l'avis du Comité de direction sur le danger que pouvait présenter, au point de vue de la santé des élèves, la rentrée dans les lycées et collèges, le Comité a répondu que la rentrée peut à son avis se faire sans inconvénient, « à la condition que des mesures immédiates soient prises pour que dans ces établissements les élèves ne puissent boire que de l'eau saine. » Le ministre de l'instruction publique a adressé le jour même à ses agents une circulaire excellente, prescrivant l'emploi et réglant l'entretien des filtres Chamberland, ordonnant en même temps que, partout où les filtres n'existeraient pas, les élèves ne boivent que de l'eau ayant bouilli.

Des fêtes se préparent à Lille pour les 8, 9 et 10 octobre. Ces fêtes, au moment où le Borinage, région de la Belgique attenante à la frontière, est visité par le choléra, ne sont pas sans danger. M. le ministre des travaux publics, sur l'avis de M. le ministre de l'intérieur, a interdit les trains de plaisir, et M. le ministre de l'intérieur a décidé que pendant ces trois jours les voyageurs venant de Belgique n'entreraient en France par les portes de Houplines-Armentières, Halluin, Tourcoing, Baisieux et Blanc-Misseront, qu'en présentant un certificat d'origine. La présentation de ce certificat à la frontière n'aura d'ailleurs d'autre effet que de rendre plus attentif l'examen des personnes provenant de points contaminés.

Plusieurs condamnations à trois jours de prison et 5 francs d'amende ont été prononcées pour non-observation du décret du 29 août 1892. Ces exemples suffiront sans doute pour que de semblables infractions ne se reproduisent pas.

FIÈVRE JAUNE.

A Cuba, il n'y a pas de fièvre jaune ; mais cette maladie sévit à la Havane. Elle n'y est pas, dit-on, à l'état épidémique, mais presque tous les cas sont mortels. La Havane est en outre en pleine épidémie de fièvre typhoïde et d'entérite infectieuse,

attribuées à l'eau de la Zanga, eau très souillée et bue par les deux tiers de la population.

M. le docteur PROUST, inspecteur général des services sanitaires, donne au Comité le chiffre des décès cholériques depuis le 18 septembre à Paris, dans le département de la Seine, au Havre et à Rouen :

DATES	PARIS	BANLIEUE de Paris.	LE HAVRE	ROUEN
18 septembre . . .	8	7	3	»
19 —	12	5	6	1
20 —	10	6	4	»
21 —	8	12	3	»
22 —	15	2	2	»
23 —	11	4	6	»
24 —	19	4	4	1
25 —	18	3	5	»
26 —	18	8	3	»
27 —	13	9	3	»
28 —	13	8	3	»
29 —	16	9	6	»
30 —	10	2	1	1
1er octobre . . .	5	5	1	»
2 —	6	4	»	»

M. le Dr GIRODE, délégué par M. le ministre au Portel, donne les renseignements suivants :

La petite ville du Portel, située à 2 kilomètres au sud-ouest de Boulogne-sur-Mer, compte 5,300 habitants, la plupart pêcheurs; il y a de plus 200 ouvriers qui vont chaque jour travailler dans des usines de Boulogne. Les pêcheurs du Portel ont leur port d'attache à Boulogne, et 200 personnes du Portel vont chaque jour dans cette ville chercher leurs provisions.

L'origine de l'épidémie du Portel est très obscure. Du 25 août au 17 septembre on note quelques diarrhées cholériformes de l'adulte suivies de guérisons, et 3 décès par diarrhée chez des enfants de moins d'un an. Le 19, un enfant de trois ans meurt d'un choléra typique en quelques heures. C'est de là que date à proprement parler l'épidémie de choléra; mais pour tous les cas précédents l'origine est absolument obscure.

L'épidémie s'aggrave ensuite rapidement comme cas et comme décès. On a compté jusqu'à 9 cas nouveaux et 6 décès par jour. Le 2 octobre au soir, on compte 59 cas et 31 décès.

La propagation est malheureusement trop facile à expliquer. La misère, la malpropreté des maisons contaminées dépassent toute expression; les communications sont continuelles entre maisons voisines; la vidange est le plus souvent le tout au ruisseau ; la plus grande partie de la population boit de l'eau de puits. On trouvait dans une chambre étroite, outre les personnes bien portantes, 3, 4 malades couchés sur de mauvaises paillasses sans les objets de couchage les plus élémentaires, presque sans ressources alimentaires ou médicamenteuses.

Les mesures à prendre ont malheureusement rencontré une résistance qui les a rendues moins complètes. Malgré l'installation à grand' peine d'une tente Tollet, on n'a pu hospitaliser aucun malade. La désinfection a cependant été instituée à domicile par l'emploi régulier du sulfate de cuivre pour les déjections, vomissements, linges, paquets, etc. La désinfection après décès ou fin de maladie est exécutée à l'aide d'une étuve locomobile et de deux pulvérisateurs. On a fait assurer aux malades des médicaments, des aliments, de la literie et tout ce dont on a pu disposer comme ressources. Les puits ont été fermés, et de l'eau de source amenée de Boulogne. Ces mesures, continuées ou complétées, font espérer qu'on pourra se rendre prochainement maître de cette épidémie.

A Boulogne-sur-Mer l'état sanitaire reste satisfaisant.

M. du MESNIL lit un rapport sur une épidémie cholérique observée à Honfleur et sur les conditions très défectueuses dans lesquelles se trouve l'hôpital de cette ville (1).

(1) Voir, pour cette partie du Compte-rendu, notre *Bulletin*, p. 263-264.

M. le docteur NAPIAS fait connaître qu'il a constaté une situation semblable dans un grand nombre d'hôpitaux de province. Une discussion s'engage à la suite de laquelle le Comité émet le vœu suivant :

« Le Comité émet le vœu que la loi arme l'administration supérieure de telle manière qu'elle puisse exiger dans les établissements hospitaliers les conditions d'hygièce et de salubrité reconnues nécessaires. »

Mme Edma de Bustros a fait remettre à M. le directeur de l'Assistance publique une somme de 100 fr. pour les hôpitaux de Paris.

CORRESPONDANCE

Sur les bruits du cœur.

Monsieur le Secrétaire de la Rédaction du *Progrès médical*,

Dans la séance de la Société de médecine de Paris du 29 avril dernier, Monsieur le Dr Duroziez a fait quelques remarques sur mon article publié dans le *Progrès médical* du 9 février 1892, intitulé : « *Où se forment les bruits du cœur ?* » Ces remarques ont été publiées dans l'*Union médicale* du 14 mai, mais ne sont arrivées à ma connaissance que ces jours-ci ; il m'a donc été impossible d'y répondre plus tôt.

Avant d'aborder la question principale, je ferai la remarque générale que je crois que tout mouvement, tant celui de la matière elle-même dans l'espace que celui de ses molécules entre elles, est probablement toujours suivi d'un bruit, mais souvent si faible qu'il ne peut être perçu par notre oreille.

Après cette remarque générale, je n'entends donc pas nier qu'il ne puisse produire un bruit à la fermeture des grandes valvules, puisque cette fermeture est opérée par un mouvement de la matière (les valvules) dans l'espace et par un mouvement de ses molécules sous la pression du sang à laquelle ces valvules sont soumises. Je prétends seulement que, d'après la construction des valvules et leur manière de se fermer, ce bruit doit être si faible qu'il ne peut être entendu. C'est seulement par suite de cette supposition que je nie qu'il se forme un bruit à la fermeture des grandes valvules en état normal.

M. le Dr Duroziez n'a, du reste, fourni aucun argument contre mon assertion « que le premier bruit du cœur se forme dans les valvules sigmoïdes; » il a seulement essayé de prouver par une comparaison avec la voile tendue par le vent que, de même qu'un claquement se forme dans cette voile au moment où elle se tend, de même il se formait un claquement dans les grandes valvules au moment où elles se ferment, et que, par suite, le premier bruit du cœur se produit dans ces valvules.

Cette comparaison n'est cependant pas assez correcte pour que la conclusion qu'en déduit M. le Dr Duroziez puisse être d'une valeur sérieuse.

Tandis qu'une voile gonflée par le vent reste tendue également sur toute sa surface, sans le moindre pli, les grandes valvules soulevées par le sang des ventricules sont fortement comprimées, plissées et engrenées l'une à l'autre, dans un état par conséquent si différent de celui de la voile tendue qu'une comparaison avec cette dernière peut à peine se faire. Pour cette raison, il est même probable qu'un phénomène, celui du son par exemple, se produisant dans le premier cas, ne se produira pas dans le second et que, par conséquent, le premier bruit du cœur ne peut non plus se former dans les grandes valvules.

Mieux valait comparer la voile tendue aux valvules sigmoïdes tendues ; cette comparaison aurait du moins été exacte et aurait conduit à une conclusion juste, mais à une conclusion devant se rapporter au second et non au premier bruit du cœur.

Si M. le Dr Duroziez tenait tant à prendre une voile comme terme de comparaison pour montrer où se forme le premier bruit du cœur, il aurait dû plutôt prendre la voile tendue au moment où, poussée subitement par un vent plus fort venant de l'arrière, elle perd sous des mouvements ondulatoires sa tension et sa convexité, tandis que le vent se précipite plus

loin ; et les sigmoïdes tendues au moment où elles s'ouvrent. Celles-ci alors, poussées subitement par un courant sanguin plus fort, venant également de l'arrière (des ventricules) perdent aussi, sous des mouvements ondulatoires, leur tension et leur convexité, tandis que le flot sanguin s'échappe devant leurs bords libres.

Par cette comparaison, le docteur Duroziez aurait pu conclure que, de même qu'il se produit un bruit dans la voile repoussée subitement, de même il doit s'en produire un dans les sigmoïdes au moment où elles sont repoussées (c'est-à-dire où elles s'ouvrent) et que ce bruit devrait être le premier bruit du cœur.

Mais laissons les comparaisons et rappelons-nous encore une fois l'expérience rapportée dans mon premier article (1). Cette expérience nous explique, mieux que toutes les comparaisons, pourquoi il se forme un bruit dans les sigmoïdes au moment où elles s'ouvrent, et de plus pourquoi il se produit des bruits dans les insuffisances valvulaires.

Dans les insuffisances, qu'elles se rencontrent soit dans les grandes valvules, soit dans les valvules sigmoïdes, il se trouve des ouvertures moindres, à travers lesquelles un courant plus fort passe de temps à autre (pendant la systole ou la diastole), et ce courant vient également d'un endroit plus large que les ouvertures. Dans les insuffisances, tout est donc en conformité si complète avec l'expérience, qu'on peut comprendre comment le passage du sang à travers les ouvertures des valvules produit des vibrations sonores dans ces dernières.

Et alors, puisqu'il se produit des vibrations sonores dans ces valvules, pourquoi ne pourrait-il s'en produire également dans les sigmoïdes par le passage du sang des ventricules aux artères, à travers les ouvertures moindres et triangulaires formées par l'ouverture des valvules? M. le Dr Duroziez paraît douter un peu des résultats de mes expériences, parce qu'il ne les croit pas entreprises dans des conditions assez conformes à celles de la nature.

Je dois avouer que ce doute m'étonne! Comment, en eff t, pourrait-on faire des expériences dans des conditions plus conformes à celles de la nature qu'en les faisant sur un cœur naturel, sur des valvules naturelles, sur des artères naturelles prolongées seulement par des conduits de caoutchouc, attachés de manière que la grande et la petite circulation étaient reproduites, que la force agissant directement sur le contenu des ventricules provoquait la systole et la diastole, expériences dans lesquelles tout était si bien ordonné que non seulement le jeu des valvules était reproduit, mais aussi les bruits du cœur étaient rendus très distinctement. Je crois que ce serait difficile et j'ose insister sur la puissance démonstrative de mes expériences.

Une observation seulement, avant de terminer : puisque les considérations théoriques, les comparaisons, les conditions pathologiques et les expériences s'accordent pour prouver que le premier bruit se forme dans les valvules sigmoïdes pendant leur ouverture, pourquoi ne pas essayer de soumettre à l'observation la vérité de ce que j'avance, au lieu de dire que « rien n'est pire que de vouloir détruire ce qu'on a eu tant de peine à établir. »

Christiania, 1er septembre 1892.

Dr C. Sandborg.

(1) Voir le *Progrès médical* du 9 février 1892.

Bourses de doctorat en médecine. — Le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, Vu le règlement du 16 novembre 1879, Vu l'arrêté du 2 juillet 1884, Vu l'arrêté du 24 décembre 1891, Arrête : *Art.* 1er. L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le jeudi 27 octobre 1892. — *Art.* 2. Les candidats s'inscriront au siège admis à chacun de ces grades avec la note *bien*, pourront obtenir sans concours une bourse de première année. (27 sept. 1892.)

Missions scientifiques. — M. Louis Lapicque, licencié ès sciences naturelles, chef adjoint du laboratoire de la Faculté de médecine de Paris à l'Hotel-Dieu, est chargé d'une mission scientifique autour du monde, particulièrement en Asie et en Océanie, à l'effet de poursuivre des recherches d'anthropologie physiologique et d'ethnographie. M. Max Lebaudy est adjoint à la mission de M. Lapicque.

VARIA

Le Choléra en Europe.

I. — *Le choléra en France.*

L'épidémie cholérique continue à décroître en France, en particulier à Paris et au Havre. On signale quelques cas nouveaux dans différentes parties de la France ; mais il ne s'agit là que de foyers peu importants. Aussi nous croyons inutile de donner des chiffres qui, actuellement, ne sont pas très intéressants à consulter.

Voici quelques données sur les cas de diarrhée cholériforme observés à Paris et dans la banlieue, pendant la dernière quinzaine de septembre. A Paris, du 15 au 28 septembre, il y a eu 378 cas et 137 décès (du 1er au 15 septembre, il y avait eu 711 cas et 315 décès). Dans la banlieue, du 15 au 28 septembre, il y a eu 126 cas et 80 décès environ (du 1er au 15 septembre, il y avait eu 288 cas et 190 décès).

Voici encore des chiffres pour la semaine qui vient de s'écouler :

Mouvement des hôpitaux de Paris pendant les mois de Septembre et Octobre 1892.

Dates.	Entrées. Banlieue.	Entrées. Paris.	Décès (1).	Sorties.	Existants.	Observations.
30 septembre.	»	22	9	11	187	
1er octobre.	3	17	4	19	184	
2 —	3	13	4	12	184	
3 —	3	15	9	29	164	
4 —	5	13	6	16	160	
5 —	4	17	8	9	164	
6 —	3	9	5	9	162	
	21	106	45	105		(1) Y compris les décès des malades de la banlieue traités dans les hôpitaux de Paris. Les entrées, décès et sorties sont comptés de minuit à minuit.
	127					

On signale, pour le Havre, les chiffres suivants : 30 septembre, 1 cas nouveau, 1 décès. 1er octobre : 4 cas nouveaux, 1 décès. 2 octobre : 4 cas nouveaux, 0 décès. 3 octobre : 3 cas nouveaux, — Le Conseil municipal du Havre a décidé, en principe, que de grands travaux d'assainissement allaient être entrepris, afin de mettre la ville en état de lutter contre les épidémies. Il s'agit de la création d'un nouveau système d'égouts, dont les travaux sont évalués à 5 ou 6 millions de francs.

II. — *Le choléra à l'étranger.*

Allemagne. — On signale, à Hambourg, les chiffres suivants pour le choléra : 30 septembre : 33 cas, 24 décès. 1er octobre : 47 cas, 17 décès. 2 octobre : 26 cas, 9 décès; pour Altona (chiffres officiels), le 1er octobre : 6 cas, 4 décès. — Depuis l'apparition de l'épidémie, jusqu'au 1er octobre, il y a eu à Hambourg 17,673 cas de choléra et 7,522 décès.

Belgique. — La *Gazette* annonce qu'à partir du 1er octobre, la visite médicale à la frontière a été officiellement supprimée. En cas de maladie suspecte d'un voyageur, on signalera télégraphiquement le cas à l'administration centrale et on indiquera la destination du malade; si le malade n'est plus transportable, le chef de gare l'isolera dans un local séparé et préviendra immédiatement un médecin. — A Boom (province d'Anvers), on a constaté trois décès cholériques. — La commission sanitaire de l'Escaut a décidé que, en présence de la situation générale sanitaire des Pays-Bas, les provenances des ports d'Amsterdam et de Rotterdam seront soumises jusqu'à nouvel ordre à une observation de vingt-quatre heures. La quarantaine de sept jours pour les provenances des ports français, voyage compris, est maintenue pour toutes les provenances du littoral de l'Atlantique, à partir de la Gironde.

Deux décès se sont produits à Charleroi. D'autre part on annonce que le choléra a fait son apparition à Moerbeke, commune de la Flandre orientale, près de la frontière néerlandaise. On compte jusqu'ici huit décès. A Molenbeek, la commune la plus éprouvée, on a constaté huit cas et cinq décès. — Les autorités d'Anvers ayant appris que des émigrants russes, dont le débarquement avait été interdit en Amérique, avaient fait voile pour Anvers, la commission sanitaire a interdit le débarquement de ces émigrants, et a prié l'administration du pilotage de ne pas fournir de pilotes aux navires apportant ces émigrants. L'administration du pilotage d'Anvers en a informé l'inspecteur général à Bruxelles, qui a répondu par dépêche de se conformer à la décision de la commission sanitaire.

Le journal *la Réforme*, dans son numéro du 30 septembre, raconte qu'il y a à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles, des cas cholériformes à tel point suspects, que le chef de service les a fait placer dans la salle réservée aux cholériques ; le bureau d'hygiène n'aurait été prévenu de la chose que deux jours après, tout à fait par hasard. Le conseil des hospices, ayant reçu une demande d'explication du dit bureau d'hygiène, aurait répondu qu'il n'avait aucun compte à lui rendre, et qu'en somme il n'avait pas à signaler les cas avant qu'un diagnostic formel ait été établi.

Nous ne savons à qui revient l'honneur d'avoir organisé cette sorte de conspiration du silence ; mais il est certain que ceux-là assument une grande responsabilité. Le service d'hygiène a fait désinfecter la maison d'où venaient les cas en question; il l'a fait orcément avec deux jours de retard. Si les cas cholériques se multiplient, qui seraient les coupables, sinon ceux qui se sont tu et ont donné l'ordre à leurs subordonnés de se taire.

Le diagnostic n'était pas formel ! d'accord ; mais nous ajouterons qu'il faut 48 à 72 heures pour faire le diagnostic bactérioscopique. Pendant ce temps le mal peut s'étendre. Ne vaut-il pas mieux faire désinfecter cent maisons inutilement plutôt que d'en laisser une seule réellement contaminée, sans la soumettre aux opérations nécessaires pour détruire les germes de la maladie ? (*Presse médicale belge*, 2 oct.). Très juste, la remarque.

Autriche. — Ici, la situation n'est pas brillante. On écrit de Budapest, le 6 octobre, que l'épidémie cholérique augmente. On dit que le gouvernement a l'intention de dissoudre le conseil municipal, qui a fait preuve d'une *incapacité complète* au sujet des mesures sanitaires à prendre. Le gouvernement nommerait un commissaire spécial comme chef de l'administration de la ville. Le *Journal officiel* publie la première statistique officielle du choléra. Il en résulte que les baraquements de Budapest ont reçu, le 2 octobre, 18 nouveaux malades et ont eu 6 décès. Le 3 octobre, il y a eu 31 nouveaux cas et 9 décès à Budapest, et 1 décès suspect à Raab; le 4 octobre, 34 cas et 9 décès à Budapest. Les voyageurs de l'Express-Orient seront soumis à un examen médical à Szegedin; leurs vêtements et leur linge seront désinfectés avec soin. Dans le reste du pays, il n'y a pas eu de cas. A Cracovie et à Podgorze de nombreux cas ont été constatés.

Angleterre. — Un cas de choléra, suivi de mort, a été constaté à March, dans le Cambridgeshire. La victime est une marchande de fruits qui avait reçu récemment des fruits de Hambourg. Le *Daily Chronicle* annonce qu'un officier médical du port de Londres, en visite d'inspection à bord d'un steamer venant d'Anvers, y a constaté deux cas de choléra dont un seul parfaitement caractérisé. Le navire va être désinfecté. Le *Foreign Office*, s'étant ému du préjudice que cause au commerce britannique les mesures de prohibition prises par certains pays à l'égard des provenances des ports anglais, a télégraphié le 19 septembre et le 3 octobre, aux représentants de l'Angleterre à l'étranger, qu'il n'y avait pas de cas de choléra en Grande-Bretagne et que les rares cas constatés étaient d'importation étrangère. Pourtant, ces jours-ci, le capitaine d'un remorqueur anglais a été transporté à l'hôpital Saint-Thomas, à Londres.

Russie. — De Saint-Pétersbourg, on signale, le 1er octobre, 14 cas, 4 décès. Le 2 octobre, 25 cas, 5 décès. Le 3 octobre, 12 cas, 6 décès. Le 4 octobre, 25 cas, 8 décès. — Le choléra est apparu de nouveau dans la ville de Chitomir (Volhynie); du 15 septembre au 30 septembre, il y a eu 17 cas et 4 décès. Dans le gouvernement de Grodno, il y a eu, du 24 septembre au 30 septembre, 5 cas et 2 décès. A Odessa, le choléra ne s'est manifesté que faiblement jusqu'ici; deux personnes sont mortes le 29 septembre.

Serbie. — On sait que la compagnie de navigation à vapeur Danube a interrompu le service sur la rive serbe, sous prétexte que le choléra sévissait en Serbie. Le gouvernement serbe a déclaré au ministre d'Autriche-Hongrie à Belgrade qu'aucun cas de choléra n'avait été déclaré jusqu'à présent en Serbie, et il a demandé en conséquence le retrait de la mesure dont il s'agit.

L'administration sanitaire a proposé de défendre le débarquement dans les ports serbes du Danube des navires de la poste ayant touché à la rive hongroise, et de soumettre à une quarantaine de trois jours, suivie d'une observation médicale de trois jours, les voyageurs venant de Budapest ou d'autres localités infectées.

Roumanie. — Le *Journal officiel* de Bucarest annonce que les mesures suivantes vont être prises contre le choléra : La quarantaine à Unghemi et aux bouches du Pruth (frontière de la Russie) est portée à onze jours. Les navires venant des ports russes de la mer Noire et de la Turquie d'Asie sont soumis à une quarantaine de onze jours à Soulina. Les grands vapeurs feront leur quarantaine en rade de Soulina. Les vapeurs de la société russe et les petits voiliers pourront entrer dans l'embouchure de Soulina en cas de gros temps. L'entrée des ports roumains est interdite aux bâtiments venant des ports russes du Danube. Les navires ayant des malades à bord subiront une quarantaine de cinq jours.

Espagne. — Les autorités espagnoles poussent jusqu'à l'excès les précautions en matière épidémique. Samedi dernier le bulletin municipal des décès de Bordeaux portait un cas de mort par diarrhée cholériforme. Aussitôt le consul d'Espagne de déclarer qu'il ne délivrera plus de patentes nettes aux navires quittant notre port pour son pays. Ces navires subiront des quarantaines, des désinfections, des fumigations, etc. Or, le premier qui se présente est précisément un navire espagnol, le *Fomento*, qui part pour Pasajes, et le consul, faisant preuve d'impartialité, lui applique aussitôt sa nouvelle décision. Ce fait n'a pas tardé à être connu dans le monde commercial. Heureusement on a pu faire revenir le consul de son vif émoi, en lui démontrant, preuves en mains, que le cas qui l'avait si fort alarmé, n'était autre chose qu'un cas de diarrhée infantile, dont avait été victime un enfant de dix-sept mois, et la prohibition a été levée; des dépêches ont été envoyées à Pasajes pour qu'on y reçût le *Fomento*.

Pays-Bas. — A Zuijlen, à Lonneker, à Varik, il s'est produit des cas.

Malte. — On mande de Malte au *Times* que les autorités de l'île ne permettent pas aux voyageurs de débarquer, à moins qu'ils ne puissent affirmer que, pendant les douze jours précédant leur arrivée à Malte, ils n'ont pas touché la France, la Belgique, les Pays-Bas, l'Allemagne, le Danemark, les côtes de la Baltique, ni New-York. Les passagers qui arrivent directement de France sur des bateaux pourvus des services d'un médecin ont la permission de débarquer, s'ils ne proviennent pas de localités infectées et s'il n'y a pas eu de cas suspects à bord pendant la traversée.

Panama. — Le paquebot *Atrato*, de la Royal Mail, arrivé à Colon, a débarqué la correspondance et les passagers. L'*Atrato*, continuant son voyage, s'est rendu à Savanille, où on lui a signifié de passer au large. A l'arrivée dans la baie de Carthagène, un navire de guerre colombien, la *Popa*, venu au-devant du paquebot anglais, a pris à son bord la correspondance et les passagers, et a donné à l'*Atrato* l'ordre de déguerpir au plus vite. S'il n'y a pas de choléra, pourquoi ne pas laisser aborder le navire ? Et s'il y a choléra, pourquoi reçoit-on la malle et les passagers ? L'*Atrato*, ainsi repoussé de Savanille et de Carthagène, est revenu à Colon, où il n'a obtenu la libre pratique qu'avec peine et après de longs pourparlers, bien qu'une semaine avant il y eût débarqué, sans difficulté, ses passagers, ses marchandises et ses correspondances d'Europe. Le *Costa-Rica*, arrivé à Colon le 10 septembre, dans la soirée, a été invité à prendre le large. Comme il avait quitté Liverpool le 16 août, il aurait dû recevoir la libre pratique d'après les décrets mêmes du gouverneur de Panama, qui, à cette date, interdirent l'entrée du port de Colon aux navires partis d'Allemagne depuis le 18 août, de France depuis le 22 et d'Angleterre depuis le 24.

M. B.

Histoire de l'épidémie de Choléra en Perse.

Depuis vingt-deux ans, dit le *Temps*, le choléra n'avait pas visité la partie orientale de la Perse. Au printemps de cette année, l'épidémie est arrivée de l'Afghanistan, des environs de Hérat. Les progrès du fléau ont pu être suivis sur les bords du Herirud, jusqu'à la frontière persane, au confluent de la rivière de Djam. Puis l'épidémie a remonté ce cours d'eau, et, après avoir sévi dans plusieurs localités du district de Djam, elle s'est propagée

jusqu'à Mesched. Cette capitale du Khorassan contenait alors une agglomération assez considérable de pèlerins, partis de toutes les provinces de la Perse et de plusieurs pays voisins. On évalue à 5,000 le nombre des décès dans cette ville et à 15,000 le chiffre des attaques pendant toute la durée de l'épidémie.

De Mesched, le choléra a pris la route du nord-ouest, traversant les régions fertiles et très peuplées où se trouvent les villes de Goutchan, de Shirvan, de Boujnourd, suivant les vallées de la chaîne de l'Elbourz, sans épargner les nombreux villages avoisinants. Ce n'est que vingt jours plus tard que le choléra a fait son apparition sur la route de Mesched à Téhéran, que choisissent surtout les caravanes de pèlerins de retour de leurs dévotions au tombeau vénéré de l'iman Réja. Là, tout le long de la route, le tableau fut désolant.

Dans les nombreuses stations qui échelonnent cette grande voie de communication du nord-est de la Perse avec le centre de cet empire, le gouvernement persan avait établi des quarantaines où tout passant était retenu pendant cinq ou six jours et était soumis à la désinfection, lui et ses effets. Les personnes qui ont une connaissance tant soit peu sommaire de la situation faite aux voyageurs en ce pays pourront se représenter ce que ces quarantaines offrent de difficultés et de vexations. Les pèlerins arrivent exténués à la station, les uns à pied, d'autres sur des ânes, des chameaux ou des mulets. Les abris, en petit nombre, disposés pour les recevoir, regorgent de monde, retenus par des agents sanitaires d'une moralité douteuse, âpres au gain et à la curée.

Les nouveaux venus couchent en plein air, sous des arbres quand il y en a, en attendant qu'une place soit libre à l'intérieur des caravansérails. Les caravanes ont été obligées de stationner dans huit localités quarantenaires échelonnées sur ce parcours d'environ 800 kilomètres, manquant souvent de vivres et n'ayant à leur disposition qu'une eau rare, quelquefois saumâtre et toujours suspecte. Pas de remèdes, pas de soins, peu ou point de gîtes. Il est impossible en Europe de se faire une idée de ce manque absolu de ressources de toute nature. Il n'y a que des pèlerins, soutenus par la foi religieuse et l'exaltation morale qu'elle provoque, pour pouvoir supporter ainsi la faim, la soif, les intempéries et la privation de toutes choses. Quelle patience, quelle douceur, quelle résignation de la part de ces pauvres Orientaux !

Il est inutile de dire que le choléra, dans de pareilles conditions, s'est communiqué tour à tour à toutes les villes situées le long de la route : Nichapour, Sebzevar, Damghan, Jemnan, Chahroud ; ensuite, il a éclaté à Téhéran, démontrant une fois de plus l'inutilité des moyens quarantenaires, toujours insuffisants et incomplets. Le pèlerinage de Mesched est tellement fréquenté que, chaque jour, pendant les trois mois du printemps, il passe dans chaque station de 100 à 150 pèlerins. Pendant que les uns revenaient des lieux saints, d'autres y allaient, et la présence du choléra n'a empêché que très peu de caravanes de Persans et d'Arabes de se diriger vers le foyer même de la maladie. On a vu ainsi une caravane de 300 Arabes, partis des environs de Bassorah et qu'on voulait retenir à Téhéran, n'être aucunement arrêtée par la crainte de l'épidémie et refuser obstinément de se détourner de sa route et de renoncer, même temporairement, à son pieux pèlerinage. De même qu'on a, fort à tort, fait courir le bruit de l'existence de la peste dans le Khorassan, on a aussi exagéré beaucoup la mortalité cholérique à Téhéran. Il est certain qu'elle n'a jamais dépassé le chiffre de deux cents décès par jour, sur une population réduite par l'émigration à 100,000 habitants.

Avant d'arriver à la capitale de la Perse, le choléra s'est déclaré au nord, à Ardebil ; la grande ville de Tauris a été atteinte presque en même temps que Téhéran. Astérabad, près du rivage méridional et oriental de la Caspienne, a été décimée. Recht, sur la rive occidentale et méridionale de la même mer, a reçu le choléra après Bakou. Après avoir propagé l'épidémie de Mesched à Téhéran, les voies de communications l'ont porté à Yezd. On voit par là qu'une grande partie de la Perse orientale et septentrionale est envahie en ce moment. Au centre de l'empire, la ville de Hamadan est menacée. On attend avec anxiété la fin de l'été, qui amènera peut-être un changement dans l'état sanitaire de ce pays si éprouvé.

Les manœuvres du corps de santé aux environs de Paris.

Des exercices pour le service de santé ont eu lieu ces jours derniers aux docks des Invalides, où deux cents médecins ou officiers d'administration de la réserve et de la territoriale étaient réunis. M. le général de division de Saint-Marc et M. le médecin principal Dieu, directeur des manœuvres, ont assisté à ces exercices.

Les manœuvres, dans la région de Paris, ont commencé le 3 octobre, à 8 heures et demie du matin. Un grand nombre de médecins et d'officiers d'administration de réserve et de l'armée territoriale y ont pris part. M. le médecin principal Blaise a d'abord fait la démonstration du *matériel technique* et des approvisionnements entrant dans la composition des hôpitaux de campagne et d'évacuation et d'un train sanitaire ; puis M. le capitaine Sainton, du train des équipages, a fait une communication sur le *matériel roulant* et M. le médecin principal Corties une conférence sur les *formations sanitaires.*

Le 4 au matin, le commandant Marsaud, de l'état-major, a fait, à la caserne Panthémont, un cours sur les *ordres de mouvements*, les marches, le combat, au point de vue du service de santé. Le soir ont eu lieu les *exercices pratiques* du matériel, à l'École Militaire.

Le 5, on a passé de la théorie à la pratique. Une division d'infanterie s'est porté de Saint-Cloud sur Guyancourt (au sud de Satory). Elle a rencontré un ennemi figuré au sud de la Bièvre, s'est déployée et a engagé le combat contre lui. Un grand nombre d'hommes ont joué le rôle de blessés, et l'on a fait fonctionner les postes de secours et l'ambulance ; quelques-uns des blessés ont été évacués sur un hôpital voisin.

Le 6, nouvelle manœuvre : l'ennemi est repoussé jusqu'à Voisins-le-Bretonneux et se retire sur Chevreuse. La division le poursuit, suivie de son ambulance divisionnaire qu'un hôpital de campagne relève. L'exercice est essentiellement constitué par le fonctionnement de cet hôpital, l'évacuation des blessés sur l'hôpital d'évacuation, l'organisation du service dans celui-ci, et, enfin, par l'installation d'un train sanitaire improvisé.

Le 7 octobre, les manœuvres ont pris fin par un *exercice d'embarquement* de l'ambulance divisionnaire à la gare des Matelots. Puis M. le médecin principal Dieu, directeur des manœuvres, a fait la critique des opérations. — Les médecins en chef de la marine Auffret et Bonnafy avaient été désignés pour suivre les exercices spéciaux du service de santé.

Les directeurs des hôpitaux.

On nous communique la lettre suivante :

« Le projet de budget de l'Assistance publique qui vient d'être soumis au Conseil de surveillance devait, suivant toute probabilité, comprendre la suppression de la dernière classe des directeurs des hôpitaux. Il semblait juste d'augmenter ainsi le traitement de ces fonctionnaires, auxquels l'administration réclame une activité incessante et qui ne peuvent s'acquitter convenablement de la mission qui leur incombe sans déployer les qualités les plus multiples de tact et d'initiative. Au dernier moment, tout est remis en question et, sous l'influence d'un chef de bureau mécontent des 6.500 francs dont on récompense ses maigres services, l'augmentation sera appliquée à améliorer le sort de ses collègues de l'administration centrale. Les hommes qui rendent des services n'ont qu'à attendre que les autres soient satisfaits. »

Ecole de service de santé militaire à Lyon.

Liste par ordre alphabétique des candidats admis à subir la première partie des épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire.

MM. Albaril, Aldhuy, Andrieu, Aoustin, Audouin, Auguin, Balencie, Barandon, Baratta, Barbé, Bargy, Baron, Beaudouin, Beauliis, Besse, Biard, Biérer, Blanchard, Boitel, Boubilla, Boudaut, Bouquet de Jolinière, Bouvier, Braun, Breton, Briu, Buy, Cadiot, Caillard, Calais, Caminade, Cange, Cassan, Caujole, Causeret, Charpentier, Cola, Conor, Conte, Crouzet, Dacremont, Daireaux, Damas, Dechaume, Dejouany, Delahay, Delfour, Desbertrand, Dol, Dopter, Dru, Dubost, Dubourdieu, Duffau, Dupont, Desolier, Fardeau, Fargeas, Fargues, Faure, Fayollat, Fohanno, Foley, Folly, Fortier, Gauthier Aimé, Gauthier Ernest, Georges, Geysin, Goyon, Gorisse, Gorse, Goudait Grammont, Gravet, Guignot Henriot, Hussenstein, Hyenne, Ideac, Jeulain, Jourdin, Julia, Labadie, Lafeuilh, Lahaussois, Laizé, Lambœuf, Lambroschini, Lamoureux, Langlois, Lassene, Laurent, Leduc, Le Masul, Lévêque, Mahaut, Martin, Maurice, Mindy, Michel, Montagné, Moutier, Mouly, Mourier, Mouthon, Nouveau, Oberlé, Paloque, Paul, Pélegrin, Pernot, Perrin, Petges, Petit Louis, Petit Victor, Picon, Pla, Poitevin de Pontguyon, Pons, Pradines, Quenet, Rambaud, Regard, Renaud, Retail, Retournard, Richardot, Rieux, Rolland, Ro-

mary, Rouffrandis, Rudler, Rouyer, Rubenthaler, Smuber, Seguimand, Suligmann, Serre, Taste, Thiaulon, Tibin, Trassagnac, Vaissier, Vandenlosehe, Velin, Viard, Vidal, Vignal, Vigne et Zeller.

Les candidats auront à se rendre, à la date fixée pour les épreuves orales, dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

Ecole du service de santé de la marine à Bordeaux.

Liste par ordre de mérite des candidats admis à cette école, au concours d'admission en 1892. — 1. M. Bussière (Jean); 2. M. Bec (Jean-Marcelin); 3. M. Morin (Eugène-Léon); 4. M. Marzin (Georges); 5. M. Roche (Jean); 6. M. Parazols (Lucien); 7. M. Vialet (Marie-François); 8. M. Spire Camille); 9. M. Chemin (Jean-André); 10. M. Donnart (François); 11. M. Dor (Marie-Pierre-Victor); 12. M. Thomas (Pierre); 13. M. Escande de Messières (Maurice-Emile); 14. M. Brachet (Henri-Louis); 15 et 16 (*ex æquo*). MM. Nielsen (Marie-Emile); Dubruel (Charles-Marc); 17. M. Bessière (Joseph-Pépin); 18. M. Ayriès (François-Paul); 19 et 20 (*ex æquo*). MM. Vallet (Emile-Marie); Mathis (Constant-Jean-Baptiste); 21. M. Rolland (Joseph-Pierre); 22 et 23 (*ex æquo*). MM. Valmyre (Alexandre); De La Barrière (Marie-Jean); 24. M. Douarre (Etienne); 25. M. Rencurel (Jean-Louis-Emile); 26. M. Sambuc (Gustave-Alphonse-Auguste); 27. M. Pannetier (Adrien-Louis); 28. M. Degroote (Germain); 29. M. Bouffard (Gustave-Victor); 30. M. Lamy (Paul); 31. M. Lucciardi (Joseph-Louis-Dominique); 32 et 33 (*ex æquo*). MM. Gautier (Jean-Félix); Maurras (François); 34 et 35 (*ex æquo*). MM. Bernard (Louis-Henri); Bouteiller (Louis-Théophile); 36. M. Lecomte (Alfred); 37. M. Bernal (Abraham-Frédéric); 38 et 39 (*ex æquo*). MM. Marchand (Marcel); Guiol (Octave-Louis-André); 40. M. Deschamps (François-Albéric); 41. M. Coulogner (Joseph); 42. M. Guitard (Louis-Edouard); 43. M. Roquemaure (Georges-Etienne-Jules); 44. M. Lanteaume (Charles-Marie); 45. M. Contaut (Charles); 46 et 47 (*ex æquo*). MM. De Nicolas-du-Plantier (Emilien); Boyer (Charles); 48, 49 et 50 (*ex æquo*). MM. Delabaude (Emile-Henri); Hennequin (Albert); Augier (Auguste-Marius).

Les candidats devront se présenter à l'Ecole le 20 octobre prochain avant midi. Ils auront à contracter à Bordeaux les engagements spéciaux exigés par l'article 29 de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée.

La rage et la muselière à Paris; procès en responsabilité

Nous lisons dans *le Temps* que depuis l'heureuse mesure prise par M. Lozé contre les chiens errants, on peut circuler dans Paris sans être exposé à des morsures. Depuis qu'elle est appliquée, au lieu d'une dizaine de Parisiens qui arrivaient chaque jour à l'Institut Pasteur, pour se faire inoculer, il n'en vient plus qu'*un* en moyenne, et bientôt, ajoutait M. Roux, chef du laboratoire de M. Pasteur, si l'ordonnance est maintenue, il ne viendra plus que des étrangers ou des provinciaux. En présence de ces résultats, on ne peut pas admettre que le maintien de l'ordonnance fasse doute pour personne.

Ce journal conseille à la Société protectrice des animaux, non pas de réclamer la gestion de la fourrière, mais de faire à l'égard des chiens errants ce que font à l'égard des chiens moralement abandonnés d'autres associations bien connues? Pourquoi ne se présenterait-elle pas à la fourrière pour réclamer les chiens, les munir d'une muselière, d'un collier, leur offrir bon souper, bon gite.. et le reste? Ne voilà-t-il pas un excellent emploi du capital social? Désormais, le chien recueilli appartiendrait à la Société, qui serait responsable vis-à-vis du public des faits et gestes de son pupille. De deux choses l'une: ou, grâce aux sévères précautions que maintiendrait la Société, il n'y aurait plus de chiens enragés, et tout le monde serait content, ou, la faiblesse l'emportant sur la prudence et la Société cessant de veiller à ses muselières, il y aurait encore des chiens enragés. En ce cas, quelques bons procès en responsabilité et quelques bonnes condamnations en dommages-intérêts auraient vite fait de rafraichir le zèle des sociétaires.

Il y a un an, une chienne mordit à la gorge un enfant de 10 ans. Le propriétaire de l'animal remit à la mère de l'enfant 20 francs pour le faire soigner. Elle ne le conduisit à l'Institut Pasteur que 6 jours après la morsure. La rage se déclara un mois plus tard et l'enfant mourut deux jours après.

Une plainte fut déposée au parquet par la mère de l'enfant. La huitième chambre correctionnelle, oui l'avocat du propriétaire qui n'a pu faire la preuve que la chienne n'était pas enragée, et prenant en considération la disparition de l'animal, a condamné celui-là à 50 francs d'amende et 2.000 *francs de dommages et intérêts* envers la mère du jeune garçon.

Quelques condamnations de ce genre feront plus pour la disparition de la rage que les arrêtes pris par MM. les maires. (*Lyon médical*).

NÉCROLOGIE.

M. LE Dr H. GUÉNEAU DE MUSSY.

M. le Dr GUÉNEAU DE MUSSY, dont nous avons annoncé la mort, est décédé à Saint-Raphaël, où il comptait passer l'hiver.

M. le Dr Henri Guéneau de Mussy était le fils du médecin de Charles X. Envoyé, à peine âgé de vingt-cinq ans, à Dublin, pour étudier une épidémie de typhus, il fut gravement atteint par la maladie; le bruit de sa mort courut même, et les journaux de l'époque consacrèrent des articles à sa belle conduite devant le danger. Il avait été reçu le second, en 1840, interne des hôpitaux (1), et, en 1844, il passait sa thèse. Il était médecin des hôpitaux *in partibus*.

En 1848, lors de son départ pour l'exil, le roi Louis-Philippe, qui tenait le jeune médecin en haute estime, l'attacha à sa personne. Depuis cette époque, il consacra à la famille d'Orléans sa science et son zèle. Un jour, à Claremont, le roi Louis-Philippe, la reine Marie-Amélie et leurs enfants allaient succomber, atteints par un mal dont les causes restaient inconnues. Guéneau de Mussy découvrit que le dangereux malaise avait été provoqué par l'état des tuyaux amenant l'eau au château et donna les soins nécessaires.

Deux ans après son arrivée en Angleterre, Guéneau de Mussy avait obtenu le titre recherché de M. D., *medicinæ doctor*.

M. le Dr Guéneau de Mussy rentra, en 1871, en France, accompagnant les princes d'Orléans. Peu après son retour, il fut nommé membre de l'Académie de Médecine.

Les obsèques du docteur Guéneau de Mussy ont été célébrées à Paris avec apparat. Au pied du catafalque, à l'église, on remarquait parmi d'innombrables couronnes, celles apportées par le secrétaire du comte de Paris. L'une en roses de France, avec deux gerbes d'orchidées ressemblant à des pensées, portait un ruban de soie rose avec cette inscription en lettres d'or: « Comte et comtesse de Paris, au fidèle ami de leur famille. » Une autre couronne, en roses de France, portait, dans un angle, le nom de: « duc d'Orléans ». Sur la troisième couronne, également en roses de France, avec quelques gerbes de lilas blanc, on lisait cette inscription: « Princesses Hélène et Isabelle. » Le deuil était conduit par M. Phil. Guéneau de Mussy, fils du défunt, et par M. Henri Saint-Marc Girardin, son petit-fils. Au premier rang, à droite de la nef, se tenaient le duc de Chartres, le prince Henri d'Orléans, le prince de Joinville et le prince Valdemar de Danemark. A gauche, Mmes la duchesse de Chartres, la princesse Marguerite d'Orléans, la princesse de Joinville et la princesse Valdemar. Au cimetière du Père-Lachaise a eu lieu l'inhumation.

FORMULES

VI. — Traitement de la diarrhée (P. YVON).

Acide lactique.	10 grammes.
Sirop de sucre.	90 grammes.
Alcoolat d'orange ou de citron.	2 grammes.
Eau	1 litre.

Trois cuillerées à soupe tous les quarts d'heure. — Désinfectant intestinal. Utile contre la diarrhée verte des enfants (Hayem) et contre la diarrhée cholérique ou cholériforme.

(1) Son frère Noël avait été aussi reçu interne le second de sa promotion, en 1840.

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE. — *Sommaire du N° 4, 1er Octobre 1892.* — A. REVERDIN (Genève). *Des tractions continues à l'aide d'un appareil suspenseur destiné à faciliter l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale dans le cas de tumeurs solides* (5 fig.). — A. BOIFFIN (Nantes). *Du traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique* (4 fig.). — Ph. COIGNET (Lyon). *Note sur le traitement des fractures compliquées de la jambe De la résection immédiate des extrémités osseuses; résultats éloignés* (4 fig.). — R. LARGEAU (Niort). *Fibromyomes de la région vulvo-périnéale* (5 fig.). — B. TACHARD (Montauban). *Prolapsus du rectum. Rectococcypexie. Guérison incomplète.* — Ch. AUDRY (Lyon). *Un nouveau procédé de colostomie iliaque: colotomie transpariétale* (2 fig). — Bibliographie (2 fig.). Ce numéro de 80 pages renferme dans le texte vingt-deux photogravures en relief dont neuf au trait et treize à la demi teinte. Bureaux des *Archives provinciales de Chirurgie*, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 25 sept. 1892 au samedi 1er oct. 1892, les naissances ont été au nombre de 1117 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 440; illégitimes, 143, Total, 583 — *Sexe féminin :* légitimes, 384 ; illégitimes, 150. Total, 534.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 sept. 1892 au samedi 1er oct. 1892, les décès ont été au nombre de 869 savoir : 447 hommes et 422 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 10, F. 11, T. 21. — Variole : M 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 0, F. 5, T. 5. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 4, F. 6, T. 10 — Diphtérie, Croup : M. 10 F. 11, T. 21. — Affections cholériformes : M. 43, F. 20, T. 63. — Phtisie pulmonaire : M. 91, F. 54, T. 145. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 7, T. 21 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2 — Tumeurs malignes : M. 10, F. 27, T. 37. — Méningite simple : M. 7, F. 13, T. 20 — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 18, F. 28, T. 46. — Paralysie, M. 4, F. 5, T. 9 — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 0, T. 1. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 35, T. 55. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 5, T. 10 — Bronchite chronique, M. 8, F. 13, T. 21. — Broncho-Pneumonie : M. 7, F. 5, T. 12, — Pneumonie : M. 13, F. 12, T. 25. — Gastro-entérite, biberon: M. 30, F. 43, T. 73 — Gastro-entérite, sein: M. 10, F. 7, T. 17. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1 — Débilité congénitale : M. 13, F. 10, T. 23 — Sénilité : M. 11, F. 22, T. 33. — Suicides : M. 18, F. 3, T. 21. — Autres morts violentes : M. 9, F. 2, T. 11. — Autres causes de mort : M. 85, F. 68, T. 153 — Causes restées inconnues : M. 4, F. 1, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 66, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 29, illégitimes, 8. Total : 37. — *Sexe féminin :* légitimes, 18, illégitimes, 11. Total : 29.

École de pharmacie. — *Bourses de pharmacie.* — L'ouverture des concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine et des bourses de pharmacien de première classe aura lieu le 27 octobre 1892.

Faculté de médecine française de Beyrouth. — M. Caubet, doyen de la Faculté de médecine, a reçu la mission du ministre de l'instruction publique d'aller à Beyrouth présider les examens de doctorat de la Faculté française de médecine et d'inspecter cet établissement.

École municipale d'Infirmières de la Pitié. — Directeur de l'enseignement : Dr Bourneville. L'école municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié a ouvert ses Cours professionnels le mardi 4 octobre, à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Administration, M. Oudot, directeur de la Pitié ; — Eléments d'Anatomie, M. Sorel, interne des hôpitaux ; — Eléments de Physiologie, M. le Dr P. Regnard ; — Pansements, M. le Dr Petit-Vendol ; — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr Maygrier ; — Hygiène, M. le Dr Gilles de la Tourette ; — Petite Pharmacie, M. Viron, pharmacien des Hôpitaux. Les personnes qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Pitié doivent se faire inscrire à l'Hôpital de la Pitié, rue Lacépede, n° 1, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Les Cours sont publics et gratuits.

Ecole municipale d'Infirmières de la Salpêtrière. — L'Ecole municipale d'Infirmières de la Salpêtrière a ouvert ses Cours professionnels le lundi 3 octobre, à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Administration, M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière ; — Eléments d'Anatomie. M. le Dr Gautiez, ex-interne des hôpitaux ; — Eléments de physiologie, M. J.-B. Charcot, interne des Hôpitaux ; — Pansements, M. le Dr Poirier. Suppléant : M. le Dr Pillet, ex-interne des Hôpitaux ; — Soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés, M. le Dr Lepage, ex-interne des hôpitaux ; — Hygiène, M. le Dr Féré, médecin de Bicêtre ; — Petite Pharmacie, M. Yvon, ex-interne des Hôpitaux. Les Dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Salpêtrière doivent se faire inscrire à l'Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, bureau de la Direction, de 9 heures du matin à midi.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat et de l'Externat.* — Sont nommés, provisoirement au moins, juges de ces concours : *Internat,* MM. Ferrand, Lécorché, Grancher, Brun, Desprès, Hartmann et Bonnaire. *Externat,* MM. Marie, Babinski, Lermoyez, Juhel-Rénoy, Doléris, Broca et Chaput. — Pour l'internat, M. Hartmann a seul accepté jusqu'ici.

Académie des sciences. — L'Académie des sciences a été avisée par M. Angelo Levy que son frère M. Levy lègue à cette compagnie une somme de 50,000 francs. Cette somme devra être placée en rentes sur l'Etat, et les rentes versées chaque année à l'institut Pasteur pour être employées à l'étude de la *diphtérie*. Le capital sera acquis à celui ou à ceux qui découvriront un traitement efficace de cette terrible maladie.

Association des dames françaises. — Au dernier Congrès inter-parlementaire qui s'est tenu à Berne le mois dernier et où assistaient un grand nombre de députés français et étrangers, Madame Cornudet, femme du député de la Creuse, est allée en tête de la délégation française déposer une couronne sur la tombe de nos soldats morts sur le sol de la République Helvétique en 1871, au nom de l'*Association des dames françaises.* Tous nos compliments à Madame Cornudet et à son excellente Société, dont nous avons parlé à maintes reprises dans notre journal, notamment à l'occasion de sa belle exposition à l'Esplanade des Invalides (1).

Buste du Dr Depaul. — On inaugurera, le 20 octobre, à Morlaas (Basses-Pyrénées), le buste du Dr Depaul, né dans cette petite ville. La cérémonie d'inauguration sera présidée par le Dr Brouardel.

Hygiène des lycées. — Une circulaire a été envoyée par le Ministre de l'Instruction publique aux recteurs leur enjoignant de faire prendre toutes les mesures possibles pour que les élèves des lycées, collèges, etc., n'usent que *d'eau filtrée* et dans certains cas que d'eau bouillie (villes contaminées par le choléra, la fièvre typhoïde).

Institut Pasteur a New-York. — M. Grant, maire de New-York, a posé, mardi, la première pierre du nouvel institut Pasteur, dans la 99e rue, Central park. Dans son discours, il a exprimé l'espoir que le principe de l'inoculation exercerait aussi son action bienfaisante contr e les épidémies cholériques.

Legs Giffard. — Le Conseil d'Etat entendu, décrète : — Sur l'émolument du legs universel qui a été fait à l'Etat par le sieur Henri Giffard, en vertu du testament du 11 décembre 1873, et dont l'acceptation a été acceptée par décret en date du 31 août 1885 il est attribué au département de l'Instruction publique et des Beaux-Arts : 1° Une rente de 5,000 francs pour la fondation d'une bourse de mission, qui sera appelé « Bourse Henry Giffard » et qui sera consacrée à des recherches scientifiques ou historiques, à faire dans les pays hors d'Europe et notamment en Afrique.

Les étudiants sauveteurs. — Les étudiants sauveteurs de la Seine et de la Marne ont donné hier leur fête annuelle, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Camille Pelletan, qui a prononcé un discours. La plupart des sociétés de sauvetage de la Seine et des départements voisins assistaient à la réunion. Après les rapports du secrétaire général et du trésorier a eu lieu la distribution des récompenses.

Les jeuneurs dans l'histoire. — Succi, le fameux jeûneur n'avait rien inventé, et dans sa carrière il a eu des prédécesseurs. La *Liberté* rappelle ce souvenir : sous le règne de Clément V, en 1306, un Français qui était au service pontifical, fit un pèlerinage à Jérusalem. A son retour de la Terre-Sainte, il cessa de manger ; du moins personne ne le vit prendre de nourriture. Ce jeûneur, qui prétendait s'être passé de toute nourriture pendant deux ans, fut considéré comme un saint. Plus tard, par un brusque revirement, on le soupçonna de sorcellerie et de magie, il fut fouetté en place publique et exilé de Rome.

Mort par le chloroforme. — M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a donné aux directeurs des hôpitaux l'ordre de dresser une statistique de tous les accidents causés par les inhalations de chloroforme. Ils devront donner la date de l'accident, le service dans lequel il s'est produit, le nom du médecin, l'age, le nom et la profession du malade et la nature de la maladie ou de l'opération pour laquelle la chloroformisation a été employée. Ils feront remonter cette statistique au 1er avril 1890. — *Rappelons que le Progrès médical n'a cessé de demander qu'on publie tous les cas de mort par le chloroforme.* Nous avons donné l'exemple. (M. B.).

(1) Voir le *Guide médical de l'Exposition*, par Marcel Baudouin, 1889, Bureaux du *Progrès Médical*, 14, rue des Carmes.

POISSONS VÉNÉNEUX. — Les poissons qui ont causé la mort de neuf hommes à bord du steamer *Yorksfrire*, à Périm, appartiennent aux espèces *ostracions*, *balistes* et *coffres*. Leur chair contient une substance vénéneuse et de désassimilation, comme la *melette* du Pacifique, et le *Tétragonurus cuvieri*, de la Méditerranée. Ce dernier poisson est fort rare; cependant on en a pêché un dernièrement à la Ciotat, ainsi que l'a constaté M. Marion, le professeur d'histoire naturelle de la Faculté des sciences.

SOMNAMBULE EXTRA-LUCIDE. — Une grrrande somnambule, seule élève et successeur de Mlle Lenormand, vient d'être cueillie par la police dans son superbe appartement du quartier de l'Europe. Elle ne se contentait pas, parait-il, de dire le passé, le présent et l'avenir ; mais ayant, disaient ses prospectus, un médecin et une sage-femme attachés à son établissement, elle était toute disposée à conseiller utilement et même à aider les jeunes personnes dans l'embarras. C'est pour cela et pour bien d'autres méfaits que la police a cru utile de lui demander quelques renseignements sur son passé ; après cela, on pourra à coup sûr lui prédire l'avenir.

HOSPICE D'AY. — M. Eugène Hazart, négociant en vins de Champagne à Ay, qui vient de mourir récemment, a légué une somme de 25.000 francs à l'hospice, une somme de 5.000 francs au bureau de bienfaisance et une somme de 1.000 francs à la Société de secours mutuels de sa ville natale. (*Petit Parisien*, 2 sept.)

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MANCEAU, de Saint-Brice-en-Cogles. — M. le Dr MAURENGES, de Chambiret (Corrèze). — M. le Dr PICHANCOURT, de Bourgogne (Maine). — M. Charles MUSSET, professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Grenoble, est mort dans cette ville. M. Musset avait été nommé chevalier du Mérite agricole, le 6 septembre dernier, à l'occasion de la visite du ministre de l'agriculture au concours départemental agricole. — M. le Dr Ernest MAREAU (de Paris). — M. le Dr TRACON, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. — M. le Dr DHÉRAT (de Busset). — M. le Dr J.-R. REESE (de Philadelphie). — M. le Dr A. KRUSE (de Greifswald). — M. le Dr SELLIER (de Perthe). — M. le Dr FABREGUETTE (de Saint-Chamond). — A la République Argentine, un duel au pistolet a eu lieu entre le Dr Valentini, rédacteur du journal la *Patria italiana*, et M. Torey. M. le Dr VALENTINI a été tué.

Publications du Progrès Médical.

VIENT DE PARAITRE

L'ANNÉE MÉDICALE, Quatorzième année, 1891.

Résumé des Progrès réalisés dans les Sciences Médicales.

Publié sous la direction du **Dr BOURNEVILLE**

Médecin de l'hospice de Bicêtre, Rédacteur en chef du *Progrès médical.*

Avec la collaboration de MM. AIGRE, G. BALLET, R. BLANCHARD, M. BAUDOUIN, F. BOTTEY, E. BRISSAUD, J.-B. ŒTTINGER, P. BUDIN, J.-B. CHARCOT, COMBY, L. CRUET, E. DESCHAMPS, DELFAU, GUINON, ISCH-WALL, A. JOSIAS, P. KERAVAL, KŒNIG, LETOUX, A. MALHERBE. P. MARIE, MAUNOURY, MAIGRIER, R. PICQUET, PLICQUE, P. POIRIER, A. PILLIET, A. RAOULT, P. RAYMOND, A. SEVESTRE, P. SOLLIER, R. VIGOUROUX. Un beau volume in-18 raisin de 400 pages. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés . . . . 3 fr.

Traité pratique, Théorique et Thérapeutique de la Scrofulo-Tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes.

(**Lupus et tuberculose qui s'y rattachent.**)

Par Henri **LELOIR**,

Professeur des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille.
Membre correspondant de l'Académie de médecine, Lauréat (*bis*) de l'Institut, etc.

Un volume in-4 de 405 pages, avec 30 figures originales intercalées dans le texte, 22 tableaux statistiques et un atlas de XV planches. — Prix : 30 fr. — Pour nos abonnés. . . . 22 fr. 50

BOURNEVILLE. — Laïcisation des Hôpitaux et enseignement professionnel du personnel (1891-1892). Brochure in-8 de 80 pages. — Prix: 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 90 c.

Rapport sur l'utilisation des Eaux d'Égout et l'Assainissement de la Seine

PRÉSENTÉ A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Par BOURNEVILLE

Médecin de Bicêtre.

Irrigation de Gennevilliers, irrigation projetée d'Achères et des sondages dans la forêt de Saint-Germain. — Brochure in-4 de de 65 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . 2 fr.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchement.* — Enseignement obstétrical, clinique et théorique (1892-93).

Enseignement clinique : M. le Dr P. BUDIN, chef de service, tous les jours à 9 heures — Mardi, jeudi, samedi : Lecture des observations et interrogatoire des élèves. — Jeudi à 10 heures 1/2 : Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Les élèves seront dirigés dans la pratique des accouchements par des moniteurs.

Enseignement théorique et manœuvres opératoires : M. le Dr BONNAIRE, accoucheur des hôpitaux. Leçons : Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir. — Ouverture du cours de M. le Dr Bonnaire, le mardi 18 octobre, à 5 heures du soir. — Conférences par M. le Dr LEGRY, chef de laboratoire du service. Chaque période d'enseignement complet durera deux mois et demi environ.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Samedi.* Visite du service de M. BOURNEVILLE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES, 4, rue Antoine-Dubois.

DELVAILLE (C.). — Une mission en Espagne. L'Hygiène et l'Assistance publiques. Avec une préface de M. le Pr Brouardel. Volume in-8 de 130 pages.— Prix. . . . . 3 fr. 50

MALBEC (A.). — Les sels de strontium (Etude physiologique et thérapeutique). Volume in-8 de 98 pages. — Prix. . . . 3 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

BERGER (E.). — Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale. Volume in-8 de 458 pages, avec 13 figures dans le texte. — Prix. . . . . 10 fr.

HORTELOUP. — Leçons sur l'uréthrite chronique (goutte militaire). Recueillies par Ed. Wickham. Volume in-8 de 139 pages, avec 2 planches.

MARIE (P.). — Leçons sur les maladies de la moelle. Volume in-8 de 504 pages, avec 224 figures. — Prix . . . . . 15 fr.

Librairie Ve BABÉ et Cie, Place de l'Ecole-de-Médecine.

RELIQUET. — Réorganisation de l'enseignement médical. Brochure in-8 de 8 pages.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne, 2.

BAUMGARTEN (F.). — La Léontiasis ossea (Hypérostose des os de la tête). Brochure in-8 de 76 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 42. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 15 OCTOBRE 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Leçons sur les Aortites (1) ;

par **Henri HUCHARD**, médecin de l'Hôpital Bichat.

AORTITE AIGUE ET SUBAIGUE (*Suite*) (2).

(2e Leçon.)

Symptômes respiratoires. — La *dyspnée*, dans l'aortite, est un phénomène extrêmement important à étudier, en raison de sa grande fréquence, qui n'a d'égale que celle des symptômes douloureux. Elle est paroxystique ou continue, diurne ou nocturne. Mais un des grands caractères qui la distinguent, c'est qu'elle se manifeste à l'occasion d'un effort, d'une marche un peu rapide, d'un mouvement quelconque. C'est, en un mot, une *dyspnée d'effort*. Parfois, son intensité est extrême ; alors l'inspiration est pénible et laborieuse, le facies est ordinairement très pâle, les traits sont tirés, exprimant l'anxiété et l'angoisse, le visage est couvert de sueur. D'autres fois, et surtout au début, le malade ne se plaint que d'une anhélation qui survient après une marche précipitée de quelques pas ; alors, il s'arrête, le corps penché en avant et parfois la tête renversée en arrière, puis tout se calme et rentre dans l'ordre par le repos.

Ainsi, au début de l'affection, la dyspnée est paroxystique et passagère, rarement spontanée, presque toujours provoquée par l'effort. Quand un malade viendra vous dire : « J'ai de la gêne respiratoire, de l'oppression quand je marche, quand je fais un mouvement quelconque pour m'habiller, pour monter à mon lit, et dès que je garde le repos tout disparaît, » vous pouvez déjà penser à l'aortite et vous devez en rechercher les principaux symptômes.

Mais plus tard, quelquefois même dès le début de la maladie, les accès, tout en restant toujours paroxystiques, sont surtout nocturnes et, chaque nuit, invariablement, les accès d'oppression se reproduisent avec une régularité désespérante, à ce point que le malade est obligé de passer ses nuits assis dans un fauteuil. Le plus souvent, ces accès nocturnes sont remarquables par leur longue durée et leur grande intensité.

Dans l'accès nocturne d'asthme *vrai*, l'inspiration est relativement facile, l'expiration est longue et sifflante, et l'auscultation permet de constater dans la poitrine de nombreux râles sonores, mais le malade n'éprouve pas d'angoisse caractéristique et n'a pas la sensation de mort imminente. Dans le *pseudo*-asthme nocturne d'origine aortique, l'inspiration est surtout difficile, la détresse respiratoire est au maximum, l'anxiété est extrême, le malade éprouve une sensation de barre et de déchirure rétrosternales, les extrémités sont froides, le pouls est faible quoique dur, peu dépressible et contracté, les extrémités se couvrent de sueurs froides, et l'auscultation ne permet de constater aucun bruit anormal. D'autres fois, au contraire, pendant toute la durée de l'accès, on entend une pluie de râles crépitants envahissant la poitrine de la base au sommet et traduisant l'existence d'un œdème aigu du poumon.

Dans quelques cas, comme Léger l'a fait remarquer, la respiration ne présente d'abord aucun trouble en dehors des accès d'oppression. « Même quand la dyspnée s'est établie d'une manière permanente, le nombre des mouvements respiratoires est relativement peu augmenté, variant de 28 à 36 par minute. Il s'élève encore un peu dans le cours des attaques angineuses, mais c'est surtout le mode respiratoire qui présente alors des altérations. L'inspiration est énergique, laborieuse, comme si un obstacle que les malades rapportent à la partie supérieure du sternum empêchait l'entrée de l'air. »

Il faut ajouter que cette *anxiété respiratoire* presque constante se peint sur les traits qui s'altèrent rapidement et présentent l'aspect de l'angoisse, de l'inquiétude, de la fatigue.

La dyspnée est souvent d'origine *toxique*. Ce qui le prouve, ce sont quelques expériences que j'ai faites. En injectant sous la peau d'un cobaye des urines normales, j'ai provoqué la mort chez cet animal en quelques jours ; au contraire, en injectant la même quantité d'urine appartenant à une femme atteinte de cardiopathie artérielle (artério-sclérose du cœur et aortite), ce cobaye a survécu. Preuve que le sang de cette malade était intoxiqué par des produits de désassimilation dont l'imperméabilité rénale avait entravé l'élimination. La dyspnée de l'aortite est donc non seulement *mécanique*, relevant de l'hypertension artérielle, mais elle est encore le plus souvent *toxique*, dépendant de l'imperméabilité de l'émonctoire rénal. Ce qui le prouve, ce sont les bons effets du régime lacté exclusif dans ces cas.

On peut m'objecter que les affections valvulaires du cœur s'accompagnent aussi d'accès dyspnéiques qu'on a rangés sous le nom de pseudo-asthme cardiaque. Mais, il y a de grandes différences entre ce dernier et le pseudo-asthme aortique que je viens de décrire. Dans le pseudo-asthme cardiaque, il s'agit d'une dyspnée d'ordre mécanique due, le plus souvent, aux congestions passives de l'appareil pulmonaire, tandis que, dans le pseudo-asthme aortique, ce sont les éléments nerveux et toxiques qui jouent le principal rôle.

A la dernière période de l'aortite, la dyspnée peut devenir franchement d'*origine cardiaque*. Je m'explique :

L'inflammation de l'aorte a produit le rétrécissement des artères coronaires ; il en résulte à la longue une insuffisance d'apport sanguin dans le myocarde : consécutivement, celui-ci s'altère, il est le siège de lésions dégénératives qui favorisent la dilatation des cavités du cœur et des orifices auriculo-ventriculaires. Alors l'aortique devient mitral avec ses congestions, sa dyspnée continue ou subcontinue. Celle-ci est alors franchement cardiaque.

D'autres fois, la dyspnée est incidemment due à une complication qui est loin d'être rare : l'*apoplexie pulmonaire*. Alors, le malade a une toux fréquente accompagnée de l'aggravation de la dyspnée, d'une expectoration visqueuse, sanguinolente, ou même d'une véritable hémoptysie, et l'auscultation permet de reconnaître dans un point de la poitrine l'existence de râles crépitants avec ou sans souffle, puis assez souvent d'un léger épanchement pleural. La relation exacte entre les embolies pulmonaires et les maladies aortiques n'est pas difficile à interpréter et je l'explique par la dilatation des cavités du cœur qui favorise dans l'oreillette droite la formation de thromboses sanguines et le transport de caillots dans l'artère pulmonaire.

Les *épanchements pleurétiques* peuvent survenir dans trois conditions différentes : ils sont consécutifs aux infarctus superficiels du poumon ; ils sont le résultat de la

(1) Extrait de la 2e édition des *Leçons de clinique et thérapeutique sur les maladies du cœur et des vaisseaux* (Paris, octobre 1892, Doin, éditeur).

(2) Voir *Progrès Médical*, nos 38, 40 et 41.

propagation de l'inflammation du péricarde péri-aortique à la plèvre gauche ; enfin il s'agit d'épanchements pleurétiques sans aucune réaction inflammatoire, épanchements dont j'ai remarqué la plus grande fréquence à droite chez les artério-scléreux, sans que j'en connaisse exactement la raison.

Comme les malades atteints d'aortite sont souvent des artério-scléreux, on peut voir survenir chez eux les symptômes de la néphrite interstitielle et avec eux des accidents urémiques, parmi lesquels l'oppression et la respiration de Cheyne-Stokes tiennent la première place. La dyspnée est donc *urémique*.

En résumé, dans l'aortite, on peut observer quatre variétés différentes de dyspnée : le *pseudo-asthme aortique* ou dyspnée *toxique*, dont l'importance est considérable, les dyspnées *cardiaque*, *urémique* et *pleuro-pulmonaire*. Cette dernière résulte elle-même de causes diverses : infarctus ou congestions du poumon, épanchements pleurétiques.

Symptômes divers. — En dehors des embolies dans l'artère pulmonaire et aussi dans les artères rénales dont j'ai déjà parlé, on peut encore en observer dans divers organes et notamment dans le cerveau, ce qui explique la production d'*hémiplégies*.

L'*insomnie* habituelle chez ces malades a pour causes multiples l'anémie cérébrale, la violence des douleurs et l'intensité des phénomènes dyspnéiques.

Il faut encore signaler quelques symptômes moins importants en raison de leur peu de fréquence : une toux quinteuse et spasmodique ; des troubles gastriques caractérisés par des nausées et des vomissements ; une inégalité pupillaire, le plus souvent passagère et analogue à celle qui se produit souvent dans les anévrismes aortiques ; parfois des sueurs très abondantes dont l'explication reste à trouver ; enfin, des troubles cérébraux caractérisés par un grand état de prostration ou encore par un délire furieux. Mais, je répète que ces derniers symptômes n'ont pas la valeur que les anciens auteurs leur ont attribuée.

Pronostic. — En traçant le tableau général de l'aortite, j'ai insisté sur sa marche, sur ses allures, sur ses modes de terminaison. Ce n'est pas une maladie dont l'évolution est continue, elle a lieu par poussées aiguës successives, et les phases d'accalmie pourraient faire croire à une trompeuse guérison. C'est une maladie à répétition, à récidives fréquentes ; de là une grande réserve que l'on doit observer dans l'appréciation de son pronostic.

Grave par ses propres manifestations, elle est grave aussi par les accidents et les complications qu'elle provoque. Aussi la mort est elle le dénouement habituel de cette maladie. Mais elle ne survient pas toujours dès la première atteinte ; le plus souvent même, l'affection passe à l'état chronique, et le dénouement fatal ne survient que beaucoup plus tard.

Elle peut même guérir sans laisser de traces, comme Bucquoy en a cité quelques exemples et comme j'en ai aussi observé plusieurs cas. Elle a une durée de deux à six mois.

La mort peut survenir subitement, sous l'influence d'une syncope ou d'un accès angineux. Mais, elle peut être encore rapide par suite d'une complication, comme une embolie cérébrale, etc. Elle survient plus lentement par asystolie, ou encore par les progrès de l'affection au milieu d'un état promptement cachectique, ou enfin au milieu d'accidents cérébraux et comateux.

Diagnostic. — « En voyant, — dit Léger, — un individu avec cette dyspnée si caractéristique, de plus en plus intense, accompagnée de brûlure et de déchirure rétro-sternales, et traversée subitement par des accès d'angine de poitrine, on pensera à l'existence d'une inflammation aiguë des parois de l'aorte. Cette idée deviendra une certitude si, au milieu de tous ces symptômes, le cœur ne présente comme lésion organique qu'une hypertrophie considérable, sans altération valvulaire bien accentuée, et si l'aorte, sur le trajet de sa portion ascendante, est devenue le siège d'un double bruit de souffle à timbre plus ou moins rude. Le diagnositc, dans ces circonstances, est relativement facile. »

Je cite ce passage parce qu'il résume assez bien la question.

Oui, sans doute, lorsque ces symptômes existent — la dyspnée, les douleurs angineuses ou rétro-sternales — on doit songer à l'existence d'une aortite aiguë ou subaiguë. Mais, pour que « cette idée devienne une certitude », il ne faut pas croire que cette certitude dépende de la constatation d'une hypertrophie concomitante du cœur, ou encore d'un double bruit de souffle à la région aortique.

Dans ce passage, il me semble que deux éventualités distinctes ont été confondues :

D'une part, l'aortite aiguë *primitive* s'installant d'emblée chez un individu indemne jusque-là de tout travail phlegmasique antérieur du côté de la membrane interne de l'aorte, ou encore de toute affection aortique ; alors l'hypertrophie cardiaque n'aura pas encore eu le temps de se produire, vous ne la constaterez pas, et, de plus, il n'y aura encore aucun bruit morbide à l'aorte ;

D'une autre part, l'aortite aiguë est *secondaire*, survenant chez un individu déjà porteur de lésions aortiques anciennes (aortite chronique, rétrécissement ou insuffisance aortiques, anévrisme de l'aorte, etc.).

Dans le premier cas, les accès dyspnéiques et angineux permettent le plus souvent de fixer déjà le diagnostic. La dyspnée présente des caractères très importants sur lesquels j'ai déjà beaucoup insisté et qu'il n'est pas inutile de résumer.

Au début, la dyspnée aortique ne s'accompagne pas de signes physiques à l'auscultation du poumon et des bronches, et cette absence de signes met hors de cause les lésions anatomiques de ces organes. A cette période, le diagnostic de cette dyspnée d'*effort* est donc facile.

A la fin de la maladie, quand la phase asystolique est ouverte, on pourrait aussi la confondre avec l'oppression et la gêne respiratoire produites par cet état morbide, avec la dyspnée cardiaque. Bornons-nous à dire que cette dernière est le plus souvent subcontinue, rarement paroxystique, qu'elle s'accompagne de lésions congestives du côté des poumons, et qu'elle ne présente pas ces phénomènes de barre ou d'étreinte épigastriques ou sous-sternales fréquents dans la dyspnée aortique. Elle diffère encore de celle des emphysémateux, qui est permanente et sans douleur, et de la dyspnée des asthmatiques dont les allures sont autres, à preuve : la lenteur de l'inspiration, le prolongement et le sifflement de l'expiration, l'heure souvent nocturne des accès, leur spontanéité, et enfin l'absence de sensations douloureuses.

Si, à la dyspnée, se joignent les signes d'une péricardite de la base, le diagnostic approchera de plus en plus de la certitude, et, comme je l'ai dit, il m'est arrivé souvent de reconnaître l'existence d'une aortite aiguë par la constatation d'un frottement à la partie supérieure de la région sternale. Ainsi donc, dypsnée d'effort, sensations douloureuses rétro-sternales pouvant affecter la forme d'accès francs d'angine de poitrine, parfois péricardite sèche de la base, tels sont les principaux symptômes qui mettront sur la voie du diagnostic. Ajoutez à cela les signes d'une dilatation aiguë du vaisseau, la pâleur et l'aspect terreux de la face si caractéristique, quelquefois la tendance aux syncopes ou aux lipothymies. Vous voyez donc que, pour tracer rapidement la symptomatologie et les allures de l'aortite aiguë, j'ai raison de dire que c'est une affection *dyspnéique*, *douloureuse* et *syncopale*.

Pour le diagostic de l'aortite aiguë *secondaire*, je vous citerai plusieurs exemples :

Voici un mitral, ou du moins il s'agit d'un artério-scléreux chez lequel vous avez constaté un souffle systolique sous-mamelonnaire. Un jour, il présente de la dyspnée d'effort, des accidents angineux, ou encore une sensation

de barre rétro-sternale, la face est pâle et terreuse, le pouls fort et vibrant. Allez-vous mettre la dyspnée sur le compte d'une asystolie commençante, et prescrire de la digitale à votre malade ? Ce serait une double erreur de diagnostic et de thérapeutique. Ce cardiaque n'est pas asystolique, et j'en ai la preuve dans l'absence de congestions viscérales ou d'œdèmes périphériques, dans les caractères du pouls qui reste fort ou vibrant, et de la systole du cœur qui n'a pas perdu son énergie. Du reste, si vous auscultez la poitrine, vous n'y trouvez le plus souvent aucun râle, aucun signe de congestion passive, aucun indice d'une rupture de compensation. Donc, la dyspnée n'est pas d'origine cardio-pulmonaire. Votre malade est atteint d'une cardiopathie artérielle qui, fixée primitivement sur l'orifice mitral, s'est ensuite propagée à l'aorte. Dans ce cas, ce n'est pas la digitale qu'il faut prescrire, elle n'aurait aucune action ; c'est une médication ayant pour but de combattre les accidents toxiques et d'abaisser la tension artérielle, indication réalisée par la prescription du régime lacté absolu et des dépresseurs de l'artério-tension (iodures, saignées locales, etc.).

De même, il sera important de distinguer l'aortite aiguë survenue dans le cours d'un *anévrisme de l'aorte*. Alors, les phénomènes de l'aortite s'ajouteront à ceux de la tumeur, aux symptômes communs de l'inégalité du pouls et de l'élévation des artères du cou, de la dyspnée et de la douleur, ou appartenant aux deux processus morbides ; vous constaterez les signes révélateurs de la présence d'une tumeur, deux centres de battements et de bruits, et enfin une matité très étendue.

En un mot, après les signes physiques dont j'ai donné l'énumération, le diagnostic de l'aortite aiguë s'appuie surtout sur deux ordres de phénomènes fonctionnels que je n'hésite pas à appeler fondamentaux : la dyspnée et la douleur. Ces symptômes caractérisent aussi l'aortite chronique ; mais cette dernière accomplit son évolution plus lentement et moins bruyamment. La matité aortique est plus étendue et peut mesurer 7 à 9 centimètres ; l'élévation des sous-clavières, les battements des artères du cou sont plus accusés ; mais, comme on devait s'y attendre, à l'intensité près, ce sont les mêmes symptômes que dans l'aortite aiguë.

Il importe surtout de savoir distinguer les *poussées aiguës* qui surviennent chez un individu atteint depuis de longues années d'aortite chronique. L'histoire d'un malade que nous avons pu observer tout dernièrement va nous fournir les éléments de ce diagnostic :

Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, exerçant la profession de ferblantier. Parmi ses antécédents personnels, nous rencontrons quatre causes — l'alcoolisme, le saturnisme, la syphilis, le tabagisme — qui se sont unies pour produire une inflammation chronique du système artériel en général et de l'aorte en particulier. A son entrée à l'hôpital, il présente tous les symptômes physiques d'une aortite chronique avec dilatation du vaisseau : matité plus considérable de la région cardio-aortique, élévation des sous clavières, battements artériels du cou ; puis, signes indéniables d'une hypertrophie cardiaque considérable, souffle systolique et diastolique de l'orifice aortique, souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle (je dis *fonctionnelle* en raison des caractères du bruit morbide, de sa production rapide, de sa naissance sous notre oreille pour ainsi dire, et de ses rapports avec la dilatation du ventricule gauche).

Chez ce malade, l'affection s'est révélée, il y a trois ans, par des palpitations revêtant le caractère douloureux, par de la dyspnée d'effort, par des sensations angineuses un peu vagues, lesquelles ont fini par disparaître depuis longtemps. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs et il n'y en a jamais eu ; le foie est un peu augmenté de volume, mais non douloureux ; il n'y a aucune trace de congestion passive à la base des poumons, et la quantité des urines excrétées par jour est supérieure à la normale (1.800 gr. à 2.250 gr.), sous l'influence probable d'un début d'artério-sclérose rénale. Bref, le malade était déjà depuis plusieurs semaines dans nos salles, se levant et marchant sans trop de dyspnée. Un jour — il y a de cela deux semaines — je le vois assis sur son lit, la figure pâle et terreuse, en proie à une violente oppression. Je l'interroge, et j'apprends que la veille il a rendu quelques crachats sanguinolents, que depuis plusieurs jours il ne peut se lever, faire un mouvement quelconque ou exécuter un effort sans ressentir immédiatement une vive oppression à laquelle se joint une sensation de barre rétro-sternale, ou encore de compression intra-thoracique, ou enfin de constriction sous-sternale comme si on rapprochait violemment le sternum de la colonne vertébrale. Parfois même, lorsqu'il veut continuer ou précipiter la marche, il est arrêté par une violente douleur de caractère angoissant, siégeant sous le sternum avec irradiations vagues à l'épaule et au bras gauches. La quantité des urines qui était de 1,600 gr. la veille s'est subitement abaissée à 500 gr. et les jours suivants à 200 gr. Les deux souffles de l'orifice aortique ont pris un caractère nettement parcheminé et une intensité plus grande ; la matité cardiaque est encore augmentée dans le sens transversal, et le souffle fonctionnel de l'orifice mitral est plus accusé. Enfin, il existe un léger œdème péri-malléolaire, et la percussion jointe à l'auscultation de la poitrine permet de constater l'existence d'un épanchement pleural de moyenne abondance à gauche.

En présence de ces accidents nouveaux, quel diagnostic devions-nous porter ? S'agissait-il d'une simple attaque d'asystolie? Oui, sans aucun doute, le cœur avait fléchi, et j'en avais la preuve dans l'existence de l'œdème péri-malléolaire constaté pour la première fois, dans la diminution du choc précordial, dans l'augmentation du volume du foie, etc. Mais, cette hyposystolie avait dû être provoquée par quelque lésion nouvelle, et, en tous cas, ce syndrome ne se manifeste pas par cette dyspnée particulière, par des symptômes douloureux ou angineux, par cet aspect spécial de la face qui était devenue pâle et terreuse. Tous ces accidents devaient être mis sur le compte d'une poussée aiguë d'aortite, et je formulai le diagnostic suivant :

Aortite aiguë dans le cours d'une aortite chronique ; rétrécissement et insuffisance aortiques ; insuffisance mitrale et tricuspidienne fonctionnelles par dilatation aiguë du cœur ; artério-sclérose du myocarde et du rein. Enfin, je vous ai annoncé que nous trouverions très probablement un rétrécissement ou une oblitération de l'artère coronaire postérieure, les faits m'ayant appris que cette dernière était surtout altérée dans tous les cas où j'avais constaté pendant la vie les attaques dyspnéiques liées aux accès angineux. Quand ceux-ci existent seuls, c'est surtout la coronaire gauche qui est atteinte.

Tout s'enchaîne dans ce diagnostic un peu complexe : la dilatation des cavités cardiaques était survenue rapidement, comme le démontrait le résultat de la percussion précordiale, et la rapidité de son évolution nous prouvait une fois de plus que le myocarde devait être atteint de sclérose. Nous avions vu presque naître sous l'oreille un souffle à la pointe et, en dehors du mamelon, nous avions constaté son augmentation progressive et parallèle avec cette dilatation cardiaque ce qui nous avait permis d'affirmer la nature purement fonctionnelle de l'inocclusion de la valvule mitrale. Puis, quelques jours plus tard, apparaissait un autre souffle au niveau de l'appendice xyphoïde, distinct par ses caractères et son siège du souffle mitral, et aux battements artériels du cou s'était joint un mouvement ondulatoire avec reflux dans les veines jugulaires, ce qui permettait d'admettre l'existence d'une insuffisance tricuspidienne. Enfin, d'après l'interrogatoire, et quoique les urines n'eussent présenté que dans les derniers jours quelques traces d'albumine, nous pensions que l'artério-sclérose avait atteint le rein parce que le malade avait eu de la polyurie avec pollakiurie nocturne, et

*

parce que j'avais constaté, plus par la palpation du cœur que par l'auscultation, la sensation d'un mouvement de galop.

Quatre jours après, la situation devient plus grave encore malgré la médication (iodure, régime lacté, ventouses sèches), les urines descendent à 200 grammes, elles renferment un peu d'albumine, et je constate encore l'augmentation de l'œdème péri-malléolaire. L'oppression augmente, le malade ne peut faire un mouvement dans son lit sans être atteint de dyspnée d'effort et sans éprouver une sensation de barre et de compression rétro-sternales ; la pâleur de la face devient terreuse, le pouls radial est faible et fréquent (à 120), et comme les urines restent rares et que le régime lacté ne parvient pas à augmenter la diurèse, je prescris 30 centigrammes de macération de digitale, tout en vous annonçant à l'avance l'inefficacité très probable du médicament, inefficacité que je vous ai si souvent démontrée dans le cours des cardiopathies artérielles survenues promptement à leur dernière période d'impuissance myocardique. Or, la digitale fut non seulement inefficace, mais nuisible, et nous avons assisté dès le lendemain de son administration à la production d'une intoxication digitalique : vomissements fréquents, porracés et précédés de nausées extrêmement douloureuses ; subdélirium nocturne et hallucinations de l'ouïe, dilatation pupillaire, etc. Ainsi donc, l'insuccès de la médication digitalique devenait pour nous un nouvel élément de diagnostic et nous démontrait l'atteinte profonde du myocarde. Nous avons supprimé le médicament, et le surlendemain seulement les vomissements disparurent. Mais rien ne put dès lors entraver la marche fatale de la maladie, et la mort survint rapidement au bout de huit jours.

L'autopsie confirma la diagnostic de la façon la plus absolue, puisque nous avons trouvé : un rétrécissement et une insuffisance aortiques, une dilatation considérable des cavités cardiaques avec épaississement des parois, les lésions de la sclérose dystrophique du myocarde ; des plaques dures d'aortite chronique, et au milieu d'elles en grand nombre et réparties sur toute la surface du vaisseau des plaques molles et gélatiniformes d'aortite aiguë ; une oblitération complète de l'artère coronaire postérieure par un dépôt athéromateux obturant l'embouchure de ce vaisseau ; enfin, les lésions du rein contracté à sa première période.

Cette observation est très instructive ; elle montre que l'aortite chronique est souvent traversée par des poussées d'aortite aiguë et qu'il faut savoir distinguer celle-ci de celle-là afin de pouvoir en déduire les conséquences pronostiques.

LE BACILLE DES SAUCISSONS. — On annonce que le chimiste Oppermann et le vétérinaire Falk viennent de découvrir un nouveau bacille, celui qui donne leur couleur grise aux saucissons et à la viande moisie. Ils ont publié le résultat de leurs recherches dans le *Journal des Bouchers* et ont indiqué en même temps les moyens que l'on peut employer pour rendre le bacille inoffensif.

L'ESCROQUERIE AU CHOLÉRA. — La 10e chambre correctionnelle a condamné hier à six mois de prison et à la relégation, un [illegible] nommé Gestrau, qui avait imaginé les moyens suivants pour se procurer de l'argent : Tantôt il se présentait chez les gens, comme chargé par la mairie du IIIe arrondissement de distribuer des brochures renfermant une recette contre le choléra et leur disait : « Si vous êtes malades, vous n'avez qu'à présenter cette brochure on vous soignera gratuitement, c'est dix sous. » On prenait la brochure, elle ne signifiait rien, ne parlait pas du choléra. Tantôt il se disait envoyé par Mme Carnot pour dresser une liste des indigents dignes d'attention et demandait trente centimes pour « frais d'enregistrement. » Il se procurait de la sorte d'assez bonnes journées.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Une nouvelle théorie sur le mode de formation de l'exstrophie de la vessie.

Depuis bien des années tous les chirurgiens instruits, au courant des travaux d'embryologie animale, étaient fort intrigués quand ils lisaient dans les traités de pathologie externe l'explication que les auteurs s'efforçaient de développer pour faire comprendre la production de l'exstrophie de la vessie ; et — j'en ai encore le souvenir bien précis à la mémoire — le jour où je vis pour la première fois dans un des services chirurgicaux de Paris un malade de ce genre, je passai une soirée entière à essayer de comprendre tous les raisonnements que mes livres me présentaient en vain sur cet intéressant sujet. Je n'aboutis pas et, de guerre lasse, j'abandonnai la partie, partie que d'ailleurs j'ai reprise plusieurs fois depuis et, je l'avoue franchement, sans un plus grand succès. Je saisissais bien vaguement ce qu'on voulait me faire admettre ; mais tout cela me semblait — qu'on me pardonne l'expression — un peu trop tiré par les cheveux.

Aujourd'hui tous les doutes paraissent devoir se lever et cela d'une façon peut-être définitive.

En tous cas, le remarquable article que M. Vialleton vient de consacrer à cette question dans les *Archives Provinciales de Chirurgie* (1) éclaire d'un jour nouveau une pathogénie fort obscure. C'est pour cela que nous nous sommes proposé d'exposer brièvement ici la théorie nouvelle qu'il propose.

Nous ne pouvons, on le comprend, même résumer dans une courte note comme celle-ci les données embryologiques pures sur lesquelles s'appuie M. Vialleton ; cela nous entrainerait trop loin et nous renvoyons le lecteur au mémoire original, accompagné de nombreuses figures qui illuminent le texte de la façon la plus heureuse et en rendent la lecture d'une facilité toute particulière. Bornons-nous simplement à rappeler à ce propos une récente publication de Keibel, à qui doit revenir une notable part dans la genèse de l'explication nouvelle de l'exstrophie de la vessie, comme le reconnaît avec la plus parfaite bonne foi M. Vialleton.

S'il est inutile d'insister ici sur les théories anciennes, force est bien de citer, pour rendre nos assertions compréhensibles, les principales d'entre elles, et en particulier l'opinion à laquelle est arrivé M. Le Dentu dans un livre connu (2). Elle peut se résumer de la façon suivante : nécessité d'une malformation portant : 1° sur la *paroi abdominale* arrêt de développement des lames ventrales laissant entre elles un certain écartement où vient se montrer l'allantoïde) ; et 2° sur la *paroi vésicale antérieure* (celle-ci n'étant plus soutenue par la paroi abdominale absente était supposée se rompre sous l'influence d'un traumatisme quelconque. Les idées, émises récemment sur le même sujet par M. Retterer, quoique plus conformes à nos connaissances actuelles en embryologie, ne nous arrêteront pas, car nous avons

(1) L. Vialleton (Lyon). — *Essai embryologique sur le mode de formation de l'exstrophie de la vessie* ; in *Archives Provinciales de Chirurgie*, n° 3, septembre 1892, p. 233, avec 20 figures.
(2) Voillemier et Le Dentu. — *Maladies de la prostate et de la vessie.*

hâte d'arriver à la manière de voir de Keibel, que M. Vialleton a développée et complétée.

D'après l'auteur allemand, tout le secret de l'exstrophie de la vessie réside dans une juste compréhension d'une formation qu'il a bien étudiée avec Kölliker, Strahl et Bonnet, la *membrane anale*, qui n'est que la partie la plus postérieure de la ligne primitive de l'embryon et *sur laquelle se poursuit le sillon primitif*. Il y a au niveau de cette membrane, qui ferme la cavité viscérale embryonnaire en bas, une fissuration plus ou moins virtuelle des parois et vésicale et abdominale, que Keibel compare à une partie de l'ancienne ouverture du canal intestinal, le blastopore. Si l'accroissement des parois latérales du bassin demeure en retard, alors il se produit à ce niveau une sorte de déhiscence, qui est la fissuration de la paroi vésico-abdominale et qu'on peut considérer comme un arrêt de développement.

Mais M. Vialleton ne veut ni remonter si haut ni recourir à l'hypothèse de la persistance d'une fissure de la ligne primitive (laquelle est en effet rarement fissurée) et comprend un peu différemment la production de l'exstrophie de la vessie. Voici d'ailleurs comment il s'exprime à ce propos. Nous citons presque mot pour mot.

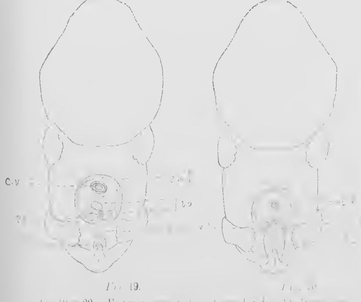


Fig. 19 et 20. — Embryons [illegible] Fig. 19. [illegible] normal. — Fig. 20. Développement [illegible] du bouchon cloacal. b c, bouchon cloacal ; c. v, canal vitellin ; pp, paroi primordiale ; c. o, vaisseaux ombilicaux.

Supposons qu'un arrêt de développement se produise dans la paroi ventrale. Celle-ci est composée de la *membrane anale* et d'une très *étroite bande de paroi primordiale* (1) (*pp*, Fig. 19). On peut parfaitement concevoir que la bande de paroi primordiale ne se développe pas et reste réduite à une mince traînée fibro-cutanée au-devant de la membrane anale. Cette dernière, au contraire, — se transformant, d'ailleurs, en bouchon cloacal, — devra s'étendre bien au delà de ses limites primitives pour se prêter, au moins dans une certaine mesure, à l'accroissement de la paroi infra-ombilicale, accroissement absolument nécessaire. Tout

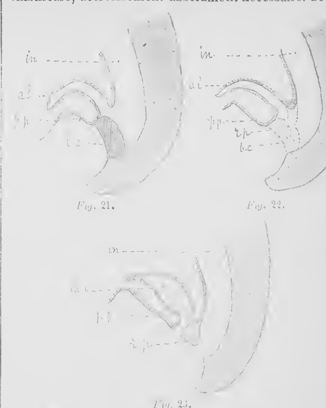


Fig. 21. Fig. 22. Fig. 23.

Fig. 21, 22 et 23. — Développement du bouchon cloacal et du périnée. Coupes longitudinales. — *Légende* : *al.*, allantoïde ; *al. v.*, allantoïde ayant formé la vessie ; *b. c.*, bouchon cloacal ; *in.*, intestin ; *p. p.*, paroi primordiale ; *r. p.*, éperon périnéal.

se passera alors comme dans tant d'autres cas d'arrêts de développement. Ainsi la paroi ventrale infra-ombilicale se différencie d'habitude en deux parties : la membrane anale et la bande de paroi primordiale ; eh bien, dans le cas d'exstrophie, la paroi primordiale ne se produit pas ; mais la membrane anale s'accroît alors beaucoup plus qu'elle ne le fait d'habitude.

Le bouchon cloacal qui succède à la membrane anale se développera donc beaucoup ; néanmoins son accroissement ne suppléera pas entièrement à l'absence de la paroi primordiale : d'où l'abaissement de l'ombilic, si souvent signalé. La portion du pédicule de l'allantoïde qui dans les cas ordinaires est libre en avant de la membrane anale sera ici excessivement réduite ; toute la paroi infra-ombilicale sera constituée par le bouchon

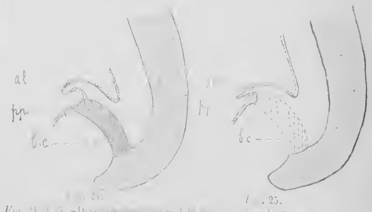


Fig. 24. Fig. 25.

Fig. 24 [illegible] 25. — Déve[illegible] du bo[illegible] cloacal. Coupes longitudinales [illegible] *Légende* : *a. l.*, allantoïde ; *b. c.*, bouchon cloacal ; *p. p.*, paroi [illegible]. (Comparer avec les [illegible].)

(1) Nous supposons connu le mode de développement véritable de cette paroi primordiale, mais on devra se rappeler que M. Vialleton n'admet pas à ce propos les données qu'on trouve dans nos classiques.

cloacal, et, lorsque celui-ci se sera creusé et évidé, la paroi ventrale fera défaut de l'ombilic jusqu'à la racine de la queue (1). De leur côté, les replis de Rathke (2) peuvent se développer de leur côté ou ne pas le faire : de là deux grandes divisions possibles parmi les exstrophies de la vessie. Dans les unes, les replis de Rathke se sont formés; la paroi exstrophiée est bien la paroi postérieure de la vessie. Dans les autres, les replis de Rathke n'ont pas pris naissance; il n'y a pas de paroi vésicale postérieure, pas de périnée, par suite pas d'anus distinct; la paroi exstrophiée est la paroi postérieure du cloaque interne. C'est là le degré extrême de la malformation.

Telle est l'idée que l'on peut se faire de la production de l'exstrophie vésicale. Il conviendrait maintenant de revenir avec plus de détails sur quelques-uns des points principaux de l'histoire de cette malformation, pour voir comment ils se laissent expliquer par l'hypothèse de M. Vialleton; mais nous n'examinerons ici, en raison de son intérêt pour la pratique chirurgicale, que l'*épispadias*, qui s'explique très simplement aussi. On sait que la formation des organes génitaux externes a des rapports étroits avec celle du périnée et les travaux de Retterer principalement ont fourni à ce sujet des données très précieuses. Les replis de Rathke, — que Retterer appelle replis ano-génitaux dans leur partie tout à fait inférieure en rapport avec l'ouverture externe du cloaque, — séparent la moitié antérieure du bouchon cloacal de sa moitié postérieure et forment ainsi le périnée. Le rebord supérieur de ces replis, qui se continue ainsi sur les côtés de la portion uro-génitale du bouchon cloacal, forme les bourrelets génitaux (scrotum, grandes lèvres), et, dans sa portion tout à fait supérieure, la moitié correspondante du tubercule génital, qui d'habitude se réunit à son congénère au-dessus de l'ouverture uro-génitale pour constituer le tubercule impair et médian qui donne naissance au pénis ou au clitoris. S'il y a développement exubérant du bouchon cloacal, comme cela arrive nécessairement dans l'exstrophie vésicale, les deux moitiés du tubercule génital ne pourront pas se réunir sur la ligne médiane et resteront toujours séparées en dessus : l'épispadias sera créé par là même.

On comprend très bien du même coup comment, lorsqu'il n'y a pas de périnée, il n'y ait pas d'organes génitaux externes, car les bourrelets génitaux et le tubercule génital, ébauches de tout l'appareil génital externe, se développent conjointement avec les replis ano-génitaux qui forment aussi le périnée (Retterer). L'absence du périnée entraîne l'absence de tout le reste. Nous pourrions encore expliquer l'absence d'ombilic, les ouvertures anormales du tube digestif dans la vessie exstrophiée; mais cela nous entraînerait trop loin.

Bornons-nous à ajouter que l'opinion qui regarde l'exstrophie de la vessie comme due à un développement anormal du bouchon cloacal semble préférable à celle qui ne voit en elle qu'une persistance du blastopore, car l'étendue du bouchon cloacal et sa désagrégation sur une large surface peuvent seules expliquer les grandes dimensions transversales observées dans certains cas pour la vessie exstrophiée. Il est clair que les cas dans lequel l'étendue de la lésion égalait presque la largeur de la paroi abdominale antérieure tout entière, ne peuvent pas s'expliquer par la persistance d'une fente, même très élargie, et que l'on doit, pour les comprendre, recourir à l'idée d'une perte de substance très étendue dans le sens transversal. Cette perte de substance s'explique facilement, si l'on songe que la paroi sur laquelle elle se produit est commune à l'abdomen et à la vessie, et est formée par un tissu, le tissu du bouchon cloacal, qui évolue normalement vers une destruction totale. Enfin l'écartement des pubis, qui a été signalé dans l'exstrophie vésicale, ne semble pas répondre à un simple écartement, mais plutôt à une absence réelle de la portion la plus interne de ces os. Ces derniers se développent en effet par différenciation dans la paroi ventrale primordiale, comme le squelette de la cage thoracique dans la paroi primordiale de cette région. Si la paroi manque sur une certaine étendue, — précisément sur celle qu'occupe le bouchon cloacal hypertrophié, — la portion du squelette qui répond à cette étendue manque nécessairement. M. B.

(1) Il y a des cas où une petite portion de la paroi primordiale se développe néanmoins au-devant de la membrane anale agrandie; alors l'exstrophie ne remonte pas jusqu'à l'ombilic, et il y a, entre ce dernier et la vessie, une bande de paroi abdominale normalement conformée.

(2) Voir les travaux embryologiques récents pour ce qui concerne la description exacte des replis de Rathke, de même que le travail de M. Vialleton

Le *Tout à l'Egout* à Pau et le *Tout au Gave* : Opinions successives de M. Léon Say.

AVANT-HIER, du temps où M. Léon Say était *préfet de la Seine*, la question de l'assainissement de la Seine a été soumise par lui au Conseil municipal où il a défendu énergiquement l'extension de l'*utilisation agricole des eaux d'égout* dans la presqu'île de Gennevilliers. C'est grâce à son intervention personnelle, dit-on, tant auprès du Conseil municipal que des pouvoirs publics, en particulier auprès de M. Thiers (1), que les expériences de Gennevilliers ont pu être sérieusement développées.

HIER, étant *sénateur de Seine-et-Oise*, M. Léon Say a combattu très énergiquement le Tout à l'Egout et l'utilisation agricole sur les terrains d'Achères. Sans inconvénient, pour le préfet de la Seine, dans la presqu'île de Gennevilliers, voisine de communes populeuses (Clichy, Asnières, etc.), l'utilisation agricole des eaux d'égout devenait, aux yeux du sénateur de Seine-et-Oise, pleine de périls pour la santé publique sur les terrains d'Achères, situés à plusieurs kilomètres de toute agglomération importante. Et, en conséquence, il repoussait le projet d'assainissement de la Seine, aisément réalisable, adopté déjà par le Conseil municipal et la Chambre des députés, et réclamait la construction d'un canal à la mer, exigeant un long temps et de lourds sacrifices financiers.

AUJOURD'HUI, *député des Basses-Pyrénées*, le même M. Leon Say défend le *Tout à l'Egout* et le *Tout à la Rivière*.

(1) Au cours de la séance du Sénat en date du 14 décembre 1888, M. Cornil a humoristiquement raconté comment s'était produite cette intervention : « C'est, a-t-il dit, M. Léon Say qui a obtenu pour le champ d'epandage de Gennevilliers l'approbation de M. Thiers et surtout de Mme Thiers, qui croyaient que les légumes avaient une mauvaise odeur (Bruits et rires) et alors, M. Léon Say, prefet de la Seine, a demandé et obtenu de Gennevilliers un panier de légumes qui ont été trouvés excellents. (Interruptions à droite). »

Voici dans quelles circonstances. La ville de Pau — dont l'ex-préfet de la Seine, l'ex-sénateur de Seine-et-Oise, est le député —a élaboré un projet d'assainissement. Son égout collecteur, qui reçoit depuis plus d'un demi-siècle toutes les vidanges, vient déboucher dans le Gave à un endroit trop central et où les eaux sont parfois basses. Pour faire cesser les inconvénients de cette situation, la ville de Pau propose de prolonger ce collecteur et de le faire déboucher en aval de la ville et toujours dans le Gave. Ce projet n'a pas reçu l'approbation du Comité consultatif d'Hygiène, parce que, plus respectueux de la loi que M. le député Léon Say, il ne peut approuver l'infection d'une rivière et demande que la ville de Pau procède à l'*épuration par le sol* de ses eaux d'égout chargées de déjections. En conséquence, le Comité consultatif d'Hygiène a émis l'avis que la ville de Pau se procure tout d'abord les terrains nécessaires à l'épuration naturelle et commence ses travaux par la « gare d'arrivée. »

M. Léon Say, accompagné de M. le maire de Pau, est venu soutenir, devant une Commission du Comité consultatif d'Hygiène, le projet de la municipalité, c'est-à-dire le « Tout à l'Egout » et le « Tout au Gave ». Nous aurons peut-être l'occasion de revenir avec détails sur l'assainissement de la ville de Pau, mais, vu l'imminence des nouvelles discussions à la Chambre des Députés et au Conseil municipal de Paris sur l'assainissement de la Seine, il nous a semblé utile, dès maintenant, de signaler les opinions successives de M. Léon Say sur le Tout à l'Egout et l'Assainissement des fleuves, car elles mettent en une vive lumière les intérêts personnels des adversaires de ces deux grandes réformes, défendues par tous les professeurs d'hygiène de nos Facultés, par les journaux spéciaux et les Congrès internationaux d'Hygiène. BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 *octobre* 1892. — PRÉSIDENCE DE M. A. REGNAULD.

M. LABOULBÈNE écrit à l'Académie que son maître Rayer employait avec beaucoup de succès la *teinture de cantharide dans le traitement des albuminuries*. Il administrait volontiers de fortes doses. C'est surtout dans les cas qu'il appelait néphrites albumineuses avec anasarque et urines rares qu'il éprouvait les bons effets de la teinture de cantharide. Il donnait volontiers trente gouttes et plus, après avoir commencé par deux ou 4 gouttes.

M. A. OLLIVIER rappelle que Grisolle dans son Traité de pathologie interne dit avoir employé la teinture de cantharides à la dose de 6, 10, 15, 25 gouttes dans un assez grand nombre de cas de mal de Brigth. Une de ces tentatives a été couronnée de succès parce que la guérison persistait deux ans après.

M. LANCEREAUX se défend d'avoir prétendu être le premier à avoir employé la cantharide dans le traitement des albuminuries. Il a simplement avancé cette opinion que ce médicament avait donné entre ses mains de très bons résultats, chose facilement contrôlable par les contradicteurs qui s'étaient inscrits en premier contre cette assertion, sans avoir d'ailleurs expérimenté la cantharide.

M. le PRÉSIDENT donne ensuite la parole à MM. Collin et Duguet qui font l'éloge de M. VILLEMIN, retracent sa vie et insistent sur le rôle prépondérant qu'il a joué dans l'histoire de la tuberculose. (Voir p. 298).

La séance est levée en signe de deuil. G. D.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 7 *octobre*. — PRÉSIDENCE DE M. DESNOS.

M. DESNOS annonce à la Société la mort de M. Guéneau de Mussy et retrace, dans une courte allocution, la vie et les œuvres de ce collègue regretté et aimé, qui avait conservé jusqu'à ses derniers moments l'intégrité de ses facultés.

M. GAUCHER, à propos du procès-verbal, rappelle qu'en 1882, dans sa thèse inaugurale, il a décrit complètement, sous le nom d'*hypertrophie idiopathique de la rate*, l'hypertrophie primitive de ce viscère, que MM. Debove et Bruhl ont, dans une précédente séance, décrite à leur tour, sous le nom seulement nouveau de splénomégalie primitive. Tout récemment M. Gaucher a, dans un nouveau travail, rapporté plusieurs cas analogues et exposé le processus pathologique de cette affection.

M. VARIOT fait connaître les résultats des observations qu'il a recueillies dans un voyage aux îles bretonnes sur la *scrofule chez les enfants de la population de ces îles*. Si le climat marin ne leur procure pas les bienfaits reconnus généralement, c'est à cause des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles ils se trouvent. L'hérédité mise à part, les conditions de milieu sont évidemment la cause de l'apparition chez ces enfants des accidents scrofuleux. La mauvaise alimentation, l'aération insuffisante et l'humidité des chambres, l'habitude prise de bonne heure des boissons alcooliques, l'absence de soins de propreté sont autant de facteurs qui favorisent, en dépit du climat marin, l'apparition et la durée des accidents scrofuleux chez ces enfants. Il résulte des observations faites par le lecteur que le climat marin ne suffit pas à prémunir les enfants contre l'apparition des accidents de la scrofule. Il faut une alimentation réparatrice, une aération convenable, une médication soignée. Les résultats obtenus dans les sanatoria sont une preuve éclatante de la nécessité de ces conditions adjuvantes du traitement marin. Il serait donc mauvais de remplacer, comme on l'a proposé, les sanatoria par le placement des enfants dans les familles de pêcheurs auxquels la rénumération offerte en échange ne permettrait même pas de mettre leurs pensionnaires dans les conditions indispensables à la réussite du traitement.

M. RENDU, d'accord avec M. Variot sur les conclusions générales, fait remarquer en outre que la syphilis paternelle joue un grand rôle dans l'éclosion de la scrofule, car elle est plus fréquente dans les îles dont les pêcheurs, ayant servi dans les équipages de la flotte, ont beaucoup voyagé et très souvent, pour la plupart, ont présenté des accidents spécifiques.

Dr L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 *octobre* 1892. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEL.

Trépanation pour enfoncement du crâne.

M. BERGER. — Je ne puis laisser passer le rapport de M. G. Marchant sans vous citer une observation qui peut être rapprochée de celle de M. Février. Il s'agit encore d'une fracture du crâne avec enfoncement, accompagnée d'un certain degré d'encéphalocèle. Cette fois il y eut une trépanation primitive et une amélioration réelle suivit l'opération. Mais bientôt les accidents réapparurent (secousses, troubles paralytiques, etc.) et une 2e intervention fut nécessaire. Il persista encore des attaques épileptiformes frustes; toutefois depuis quelque temps elles deviennent rares. Cette observation prouve que la trépanation, même immédiate après fracture du crâne, ne met pas toujours à l'abri des accidents consécutifs; les restes du traumatisme peuvent se manifester par des phénomènes irradiés variés, même au bout de 3 ans. En ce qui a trait à ce cas, M. Berger insiste sur la suppuration profonde constatée après la 2e intervention; il ne pense pas que le pus ait été causé par l'usage d'une plaque de celluloïde.

Gastro-entérostomie.

M. RECLUS. — Jusqu'à ces temps derniers on était peu enthousiaste en France des anastomoses gastro-intestinales dans les cas de cancer du pylore. Pourtant ces opérations donnent des succès fort appréciables, comme le prouve une de mes observations. Une femme de 51 ans, dont les accidents remontaient à 11 mois, avait une dilatation énorme de l'estomac, une tumeur de l'hypochondre droit et présentait des vomissements après chaque repas ; selles tous les dix à douze jours, formées de matières glaireuses ; déchéance organique indubitable. Je

l'opérai et lui fis une incision médiane de 12 centim. sous le chloroforme. Je trouvai l'estomac très distendu et dus aller jusque sur la colonne vertébrale chercher le duodénum ; puis je le ramenai en avant de l'estomac. Je fis alors une ponction à l'estomac, fixé avec des érignes, dans l'espoir de le siphoner. Malgré l'emploi d'un trocart de Kœberlé, je ne pus aspirer aucun liquide. Je me résolus alors à attirer l'organe au dehors, à protéger l'abdomen par des compresses et à ouvrir l'estomac pour le vider à l'aide d'une incision de 5 centim. Il sortit alors une foule de corps étrangers divers et une assez grande quantité de liquide. Depuis 4 mois d'ailleurs on faisait des lavages sans résultats. Ce nettoyage exécuté, je commençai les sutures. J'ai fait deux plans séro-séreux postérieurs, deux séries de sutures muquo-muqueuses, l'une en avant, l'autre en arrière, puis deux plans séro-séreux antérieurs. Le tout a demandé 45 minutes. Les suites ont été d'abord un peu inquiétantes : légère hypothermie, vomissements chloroformiques ; mais après des lavements alimentaires, une débâcle survint le 3e jour et tout rentra dans l'ordre. 2 mois 1/2 après l'opération, le résultat est excellent ; l'estomac s'est rétréci et a remonté.

Cette malade, qui ne vivait pas, renaît véritablement et ses derniers jours, comptés d'ailleurs, s'écouleront sans souffrance. — A propos de ce cas, qu'il me soit permis de faire quelques remarques. D'abord, pour éviter les vomissements chloroformiques, j'emploierai une autre fois la cocaïne. Quant au lavage de l'estomac, je crois qu'il y a des cas où il est inutile ; désormais je ne le ferai pas avant l'opération. Il vaut mieux, au cours de l'intervention, ouvrir carrément la cavité stomacale et la vider en prenant certaines précautions. Faut-il multiplier les opérations dans les cas de ce genre et suivre l'exemple de MM. Chaput, Jaboulay (1), etc., qui voudraient qu'on joigne d'autres anastomes à la gastro-entérostomie, sous prétexte d'éviter le reflux de la bile dans l'estomac ou la stagnation des matières dans le duodénum ? Je ne le pense pas. Tout cela est exagéré et il serait téméraire et très dangereux de s'attarder trop longtemps dans l'abdomen au cours d'interventions de ce genre. L'accueil médiocre fait en France à la gastro-entérostomie tient aux premières statistiques publiées ; elles donnaient en effet 60 0/0 de mortalité en 1885, puis 57 0/0 en 1887 et encore 50 0/0 en 1890, ce qui est énorme pour une opération palliative, qui d'ailleurs donne une survie assez relative. Mais aujourd'hui les statistiques sont plus favorables et, pour moi, la gastro-entérostomie est indiquée toutes les fois que la vie est compromise par un obstacle siégeant au niveau du pylore alors même que l'obstruction pylorique n'est pas complète. Désormais, d'ailleurs, l'opération n'est pas grave et est tout à fait comparable à celle de l'anus artificiel ou à la gastrostomie. Cela tient à ce qu'on sait mieux faire les sutures, à ce qu'on opère plus vite, etc. Certes, la pylorectomie est une opération meilleure, mais elle ne peut vraiment être tentée que si on a affaire à un cancer petit, mobile et sans adhérences. Dans tous les gros cancers, l'avantage reste à la gastro-entérostomie.

M. Berger. — L'assimilation faite par M. Reclus entre la gastro-entérostomie et l'anus artificiel ou la gastrostomie ne me semble pas exacte. Toutes ces interventions ne sont pas comparables. Il est plus aléatoire d'anastomoser l'intestin et l'estomac que de fixer l'estomac à la paroi et surtout que de faire un anus contre nature. Je suis loin d'être aussi partisan que mon collègue de la gastro-entérostomie. J'ai fait cette opération récemment et mon malade est mort au bout de trois jours d'épuisement. D'ailleurs, on ne sait pas quelle survie on obtient réellement. Quand il s'agit d'une intervention purement palliative comme celle-là, il ne faut pas poser des indications aussi larges et aussi formelles, surtout si la mortalité est élevée et elle l'est.

M. Reclus. — Certes, j'avoue que ce n'est pas là une opération fameuse ; mais enfin elle rend possible une vie qui ne l'était plus. Et on peut dire vraiment aujourd'hui qu'une gastro-entérostomie faite à temps, rapidement, par un homme expérimenté, n'est pas très grave.

(1) Jaboulay. — *La gastro-entérostomie ; la jéjunoduodénostomie* ; in *Archives provinciales de Chirurgie*, n° 1, juillet 1892.

Suppurations hépatiques et stérilité des abcès du foie.

M. Tuffier. — On discute encore pour savoir dans quels cas le pus des abcès du foie contient des microbes ou n'en contient pas, et pourquoi il en est ainsi. Les 5 observations suivantes vont montrer que souvent ces abcès sont stériles et à quoi cela tient.

1er *Cas* : Soldat ayant eu une dysenterie rebelle au Tonkin. Exacerbations vespérales ; abcès avec foie descendant très bas. Laparotomie latérale, au-dessus de la crête iliaque. Guérison. Rechute. 2e Abcès : incision dans le 6e espace intercostal. 3e Collection purulente dans le lobe gauche ; laparotomie médiane ; drainage. Guérison. Ces 3 abcès étaient stériles. — 2e *Cas* : On diagnostique chez un homme une pleurésie purulente ; j'incline dans ce sens et commence une thoracotomie dans le 6e espace. J'arrive sur le diaphragme, l'incise et tombe sur un abcès du foie, qui se trouve avoir été traité par la voie transpleuro-péritonéale. Pas de microbes dans le pus. Guérison. — 3e *Cas* : Femme ayant eu une entérite rebelle deux ans auparavant. Tumeur de l'abdomen faisant corps avec le foie. Laparotomie. Pas d'adhérence. Incision. Guérison. Le pus ne fut pas examiné. — Dans deux autres cas il s'agissait de cholécystites suppurées. — 4e *Cas* : Phlegmon de la paroi abdominale consécutif à une cholécystite calculeuse. J'incise sans précaution et trouve dans l'abcès des calculs. L'un d'eux tombe dans le péritoine. Impossibilité de l'enlever. La malade guérit cependant de cette cholécystotomie. J'en conclus que le pus n'était pas septique. — 5e *Cas* : Enfin, femme ayant eu des accidents très nets de coliques hépatiques. Jamais d'ictère. Laparotomie latérale. Vésicule remplie de pus contenant un calcul de cholécystotomie. Drainage. Pas de fistule. Pus stérile.

En somme, sur huit incisions de collections purulentes, 8 guérisons, et dans 5 cas on a noté la stérilité du pus. Il est probable que les micro-organismes ont disparu de ces abcès, car je ne crois pas à leur absence primitive. Je suis pour une *stérilité secondaire*.

M. Nicaise. — Peut-être ne s'agit-il pas là d'abcès proprement dits, mais de *collections puriformes*, comme on en a signalé dans divers organes ?

M. Quénu. — Je ne saurais être de l'avis de M. Nicaise. J'admets plutôt, comme M. Tuffier, une stérilité secondaire, et je pourrais rapporter tout au long une observation topique à ce point de vue.

M. Monod. — Il ne faut pas oublier qu'on a constaté aussi la stérilité du pus de certaines salpingites purulentes.

M. Marchand. — Il en est de même pour les abcès des ovaires.

M. Charvot. — J'appuie ces dires.

M. Tuffier. — Je ne puis admettre l'opinion de M. Nicaise. Il s'agissait bien d'abcès vrais. Ce qui, à mon avis, est la raison d'être de la stérilité du pus, c'est la longueur du temps écoulé depuis les premiers accidents jusqu'à l'opération.

M. Felizet présente une *aiguille à sutures* nouvelle et un *porte-aiguille* d'un modèle spécial. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 12 octobre 1892. — Présidence de M. Labbée.

M. Bardet lit le *compte rendu des travaux de la Société pendant l'année* 1891-1892.

M. Adrian lit une communication sur l'*acide sulforicinique et le sulforicinate de soude*. Ces corps, on le sait, étudiés par MM. Berlioz et Ruault, sont des dissolvants très importants de l'acide phénique, du naphtol, etc. Depuis la communication de M. Josias, l'emploi de l'acide sulforicinique a pris une importance considérable. L'acide sulforicinique est obtenu en faisant agir l'acide sulfurique sur l'huile de ricin ; puis on ajoute un peu de carbonate de soude, seulement pour neutraliser l'acide sulfurique en excès. Il reste très peu de soude avec l'acide sulforicinique, car en brûlant ce dernier il n'y a que très peu de cendres. Je pense qu'il faut employer l'acide sulforicinique et non le sulforicinate de soude.

M. Patein. — J'ai fait du sulforicinate de soude destiné à dissoudre l'acide phénique. On emploie le sulforicinate de soude et non l'acide sulforicinique. On sature de carbonate de soude le mélange d'acide sulforique et d'huile de ricin pour obtenir un corps alcalin. Je suis d'avis de n'employer qu'un terme et je propose celui de sulforicinate de soude.

M. Adrian. — Si on sature de soude le mélange d'acide sulfurique et d'huile de ricin on n'obtient qu'un produit gommeux qui n'est plus soluble dans l'eau.

M. Berlioz. — Je regrette que M. Adrian ne soit pas reporté à notre première communication ; nous avons dit que le produit que nous employions était plutôt du sulforicinate de soude que de l'acide sulforicinique. Ce n'est pas le sulforicinate de soude qui n'est pas miscible à l'eau : c'est l'acide sulforicinique qui n'est pas miscible, quoiqu'il dissolve l'acide phénique.

M. Adrian. — J'ai cru devoir faire des observations, parce qu'à Paris, sous le nom d'acide sulforicinique, on trouve une quantité de substances qui ne sont jamais identiques. Je crois que M. Berlioz ferait bien d'indiquer la manière de préparer le sulforicinate de soude.

M. Berlioz. — Si M. Adrian veut bien se reporter aux notes que j'ai publiées, il verra que, dans les formules, j'indique toujours le sulforicinate de soude.

M. Petit lit une note sur le même sujet. — Quand on fait le sulforicinate de soude, si on ajoute trop de carbonate de soude, le mélange devient irritant et se mélange mal à l'eau. Pour la fabrication, je lave l'acide sulforicinique dans l'eau, puis dans une solution de sel marin. Je mets ensuite une dose déterminée de soude caustique parce que je crois qu'il est difficile de faire un produit défini en se servant seulement des indications données par le papier de tournesol.

M. Berlioz. — L'important est d'obtenir après la préparation un liquide très légérement acide, transparent et restant transparent après dissolution de l'acide phénique.

A. Raoult.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE BRUXELLES (*fin*) (1).

Présidence de M. Gusserow (de Berlin).

Séance du 17 septembre (soir).

Salpingites kystiques. Échec de la dilatation. Ablation par la laparotomie. Guérison. Imperméabilité de la moitié interne des trompes à l'examen des pièces.

M. le Dr Charles Fournel (de Paris). — Si l'on peut, par la dilatation antiseptique, large et prolongée de l'utérus, vider dans quelques cas les trompes kystiques, il faut, d'autre part, bien se garder de considérer cette méthode comme une panacée s'appliquant à tous les kystes tubaires. A l'appui de notre dire nous avons publié des cas d'insuccès par cette méthode. Aujourd'hui, nous présentons un cas plus intéressant. Chez notre malade, la dilatation méthodique avait échoué ; nous pûmes faire la laparotomie, et l'ablation nous permit non seulement de guérir la malade, mais d'examiner avec soin les annexes. Ici, le Dr Fournel lit l'observation d'une malade qui présentait de grosses tumeurs dans le cul-de-sac de Douglas et dont l'utérus fut largement dilaté, pendant près d'un mois, sans aucun succès. M. Fournel fit alors l'ouverture du ventre et l'ablation d'un gros hydro-salpinx double ; la malade guérit sans fièvre et sans aucune complication. Il a conservé les pièces à l'état kystique du 3 au 9 mars, c'est-à-dire pendant six jours.

Pendant ce temps, le liquide contenu dans les hydro-salpinx ne s'est pas écoulé ; le 9 mars, sixième jour après l'opération, il y avait à peine un peu de diminution du kyste tubaire du côté droit, phénomène de simple évaporation à travers les parois. Ces pièces sont intéressantes en ce qu'elles offrent à l'œil, d'une façon frappante, les lésions de l'hydro-salpinx. Comme on peut le voir, le liquide contenu dans les trompes kystiques est absolument limpide et translucide.

L'une des deux trompes (côté droit) a le volume d'une petite poire, et l'aspect d'une cornue. Le gros bout, l'ampoule de la cornue, est soudé et fusionné avec l'ovaire. Le côté du bec de la cornue, c'est-à-dire l'extrémité utérine de la trompe, est absolument oblitéré sur un trajet de plusieurs centimètres. La trompe du côté gauche présente des lésions analogues, quoique moins développées. La moitié externe mériterait le nom de portion kystique, tandis que la portion attenant à l'utérus pourrait être qualifiée de cordon fibreux. Dans la *moitié externe*, ou portion kystique, la paroi tubaire est dilatée et très mince. Le kyste tout entier est formé par la moitié externe de la trompe, boursouflée, gonflée par le liquide. En dehors, ce kyste est limité par les franges du pavillon, dont la complète et solide adhérence à l'ovaire, empêche toute issue de liquide de ce côté.

La moitié interne ou portion étranglée de la trompe mesure, du côté droit, une longueur de 6 centimètres et demi, du côté gauche, une longueur de 7 centimètres. Alors que, considérée extérieurement, cette portion interne paraissait avoir subi un certain degré de dilatation concentrique, l'incision, prolongée au moyen de ciseaux, depuis l'intérieur de la cavité kystique jusque vers le bout utérin, doit être pratiquée à travers un tissu hypertrophié de salpingite interstitielle. Dans le cas présent, toute thérapeutique intra-utérine, si bien établie et aussi bien suivie fût-elle, devait rester inefficace.

M. le Dr Vuillet (de Genève) revendique la priorité de la dilatation utérine. Il dit que dans certains cas des collections in-termittentes se vident spontanément, ni la dilatation ni le curettage ne peuvent produire ce phénomène. Il a d'ailleurs abandonné ces procédés qu'il a toujours vu produire un état aigu.

M. Jacobs (de Bruxelles) a employé dans 5 cas la dilatation et le curettage ; dans 3 il n'a obtenu aucun résultat, dans 2 une péritonite aiguë.

M. P. Petit (de Paris). — *Discussion sur la grossesse extra-utérine.* — Après avoir rappelé les intéressants travaux de Veit, de Pilliet, sur le diagnostic histologique de l'avortement tubaire, l'auteur donne sa propre contribution à la question ; dans tous les cas d'hémato-salpinx de petit volume (6 à 8 environ) qu'il a eu l'occasion d'examiner, il n'a jamais manqué de constater la présence de villosités révélatrices plus ou moins atrophiées et d'un lit caractéristique de cellules déciduales. De plus, se basant sur quelques autres faits tirés de sa pratique, il est égalemont tenté de conclure que la grossesse ectopique, dont la propre étiologie a été présentée par le rapporteur comme étant encore si obscure, a une part importante dans la genèse d'inflammations annexielles qu'on serait porté à attribuer à toute autre cause.

M. le Dr Porak. — *De l'achondroplasie.* — L'achondroplasie possède bien une individualité spéciale. On peut la confondre avec cet état des individus ayant des membres courts, avec le nanisme, avec le rachitisme.

L'inégalité des membres chez certaines personnes présente toutes les conditions qui les rattachent à la conformation esthétique, cette famille est séparée sans transition des achondroplasiques.

La nanisme se caractérise par un arrêt du développement aussi bien dans le développement de leur corps que de leurs facultés. La reproduction est aussi faible ou frappée de stérilité, le bassin des nains est infundibuliforme. rappelant le type infantile.

Le rachitisme, s'il peut évoluer avant la naissance, se manifeste par un retard considérable de la marche, par des symptômes qui en font non pas une maladie fœtale, mais une maladie de nouveau-né, par un ramollissement non pas du cartilage, mais du tissu osseux, se caractérisant par des incurvations des os, persistant chez l'adulte.

M. le Dr Pichevin (de Paris). — *Sur un signe de la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus. De la crête médiane postérieure.* — Le diagnostic de la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus est d'ordinaire très facile ; différentes circonstances mettent le clinicien dans l'embarras. L'hystéromètre met fin aux incertitudes, du moins dans la très grande majorité des cas. Il existe un signe qui permet le plus souvent de porter le diagnostic immédiat de la rétrodéviation. Il suffit de pratiquer avec soin le toucher vaginal combiné ou non avec le palper abdominal. Ce signe a été indiqué par M. le Pr Le Dentu. C'est la constatation de la crête médiane qui existe sur la face postérieure de l'utérus. Au point de vue anatomique, la crête médiane postérieure est admise par les auteurs modernes, tantôt comme une disposition constante, tantôt comme une disposition fréquente.

(1) Voir *Progrès médical*, nos 39, 40 et 41.

Les gynécologistes n'ont pas tiré parti de cette particularité anatomique dans le diagnostic des rétro-déviations.

Ce signe, tiré d'une donnée d'anatomie normale, n'est pas connu. Voici comment on arrive à bien le reconnaître, d'après M. le Pr Le Dentu : « Lorsque les doigts explorateurs sont arrivés dans l'angle formé par le cul-de-sac postérieur, on doit les diriger lentement de haut en bas, sur la partie médiane de la masse arrondie représentant le corps de l'utérus. En même temps, les doigts dépriment un peu la muqueuse vaginale, en la faisant glisser transversalement sur la tumeur. On parvient ainsi à sentir une crête mousse souvent très nette qui divise la masse globuleuse en deux parties latérales symétriques.

« En suivant cette crête avec le doigt on peut, dans certains cas, reconnaître que le corps de l'utérus ne se trouve pas sur la ligne médiane. On peut ainsi diagnostiquer aisément une rétro-latéro-déviation. »

Parfois, la crête est si nette que le doute n'est pas possible. Du premier coup, on la perçoit, même quand on n'a pas une grande habitude du toucher vaginal.

M. Bar (de Paris). — Les expériences de M. Chambrelent montrent bien l'augmentation de la *toxicité du sang chez les éclamptiques*, mais elles laissent entière la question de savoir si l'éclampsie est une auto ou hétéro-intoxication, car dans les deux cas, la toxicité du sang peut fort bien se trouver accrue. Quoi qu'il en soit, dans les expériences que j'ai faites, j'ai obtenu des résultats identiques à ceux obtenus par M. Chambrelent. Mais ces recherches sont encore bien incomplètes, il importe de les poursuivre afin de déterminer quel est le degré de toxicité du sang chez les albuminuriques gravidiques présentant ou non les symptômes prémonitoires de l'éclampsie, l'influence des accès, etc. E. Basset.

REVUE CHIRURGICALE

X. — De l'arrachement sous-cutané des insertions des tendons extenseurs des doigts sur la phalangette. Anatomie pathologique et traitement; par le Dr Schwartz (*Archives générales de médecine*, mai 1891).

XI. — Etude clinique et expérimentale sur le massage; par A. Castez.

XII. — Observations de hernies étranglées. Entérectomie et entérorraphie; par le Dr Dayot fils, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rennes (*Arch. génér. de médecine*, février 1891).

XIII. — Myélome des gaines tendineuses des doigts; par le Pr Heurtaux (*Archiv. géner. de méd.*, janvier 1891).

XIV.—Recherches expérimentales sur la nature et la pathogénie des atrophies musculaires consécutives aux lésions des articulations; par Simon Duplay et Maurice Cazin (*Arch. génér. de méd.*, janvier 1891).

XV. — Mécanisme des luxations sus-acromiales de la cavité, leur traitement par la suture osseuse; par MM. Poirier et Rieffel (*Arch. génér. de méd.*, avril 1891).

X. — Après Segond, Busch, Polaillon, Schœning et Delbel, le Dr Schwartz publie trois nouveaux cas de cette affection. Ses trois malades ont présenté les symptômes suivants : après une flexion forcée de la dernière phalange, le malade ressent une douleur au niveau de l'extrémité inférieure des doigts, la dernière phalange est fléchie à angle droit, le malade ne peut pas la relever ; le chirurgien, au contraire, peut la ramener en ligne droite des autres phalanges. L'auteur a observé directement une rupture proprement dite du tendon extenseur, à 3 millimètres de l'attache ostéo-périostique sans arrachement ni fracture, fait contraire aux résultats expérimentaux de Delbet ; l'articulation phalangino-phalangettienne avait été ouverte. Dans les deux autres observations qui n'ont pas été vues directement, il n'y avait pas non plus de fractures. Quand la lésion est abandonnée à elle-même, le doigt reste fléchi, les mouvements d'extension provoqués deviennent impossibles, la flexion complète du doigt dans la paume ne peut pas se faire. S'il n'y a qu'une simple élongation ou une rupture incomplète, M. Schwartz conseille le port d'un appareil composé d'un dé, coiffant le bout du petit doigt, en arrière est fixé un tube élastique qui passe sous un anneau à la racine du doigt et s'insère sur un bracelet au poignet. S'il y a rupture ou arrachement complet on pourra essayer de l'immobilisation, mais si après deux ou trois semaines, la phalangette retombe, il y aura lieu de faire la suture, qui est le traitement que préconise M. Schwartz.

XI. — M. Castex étudie d'abord les résultats qu'il a obtenus en clinique dans les cas de contusions, d'entorses, de luxation de l'épaule, de fractures et enfin d'atrophies musculaires. Il insiste surtout sur l'utilité d'un traitement hâtif dans les contusions des articulations. « Le massage hâtif constitue, à côté de l'électricité et des mouvements provoqués, un moyen très utile pour prévenir les fâcheux effets de la contusion des jointures. » Pour les entorses, l'auteur a amené la guérison en trois jours et demi en moyenne. Pour la fracture de l'extrémité inférieure du radius, la guérison est obtenue en moyenne en quinze jours ; il faut dix-sept jours pour une fracture du péroné traitée seulement par le massage, juste autant qu'il en faut pour le traitement consécutif à l'application d'un appareil. Les résultats obtenus par l'auteur pour les atrophies musculaires, après la pose d'un appareil, ont été négatifs. M. Castex a encore obtenu un succès dans un cas de constipation (*Archives générales de Médecine*, mars 1891).

XII. — L'auteur commence son mémoire par relater une observation fort intéressante de hernie crurale droite, étranglée depuis cinq jours. En faisant la kélotomie on trouve une anse intestinale gangrenée et perforée. M. Dayot nettoie le sac et l'anse, fait la résection de 6 sur la convexité et de 2 sur le mésentère d'intestin, fait 15 points de suture de Lembert et laisse à la face convexe une ouverture de la grandeur d'une boutonnière de chemise, sur chaque bord de laquelle il passe un point de suture qu'il fixe sur le sac au niveau du collet, puis il dissèque son sac de façon à en faire un entonnoir dont le sommet est au niveau de l'anse intestinale et dont la base est suturée à la peau ; ainsi se trouve laissée une voie de sécurité pour la sortie des gaz et des liquides par la plaie. Les suites opératoires sont simples, la fistule est bouchée le douzième jour et la malade sort guérie de l'Hôtel-Dieu au bout de six semaines.

Sur treize kélotomies que l'auteur a faites sans trouver de lésions intestinales, trois malades sont morts.

M. Dayot rapporte ensuite 9 observations avec lésions intestinales ; sur ces 9 observations, il y a 5 morts. La première observation avec entérorrhaphie par le procédé de Bouilly a donné un succès. Un anus contre nature, établi en laissant l'intestin en place, a amené la mort par une perforation intestinale dans le bout supérieur. Deux autres fois, le chirurgien, averti par cet exemple débride largement, fait l'entérectomie des parties malades de l'intestin et pratique un anus contre nature. Une malade est morte ; une autre malade est guérie, mais après avoir gardé son anus contre nature sept mois. Un entérorrhaphie sans entérectomie a donné un insuccès. Aussi l'auteur a-t-il pratiqué ensuite l'entérectomie avec entérorrhaphie avec succès comme dans la première observation rapportée.

Dans les réflexions qui suivent, l'auteur déclare que, dans un cas de gangrène avec perforation de l'intestin, il croit que la meilleure conduite à tenir est de faire la résection intestinale de la partie malade et de faire la suture par le procédé de Lembert simple en laissant, à l'exemple de Bouilly, une fistule au bon endroit.

XIII. — M. Heurtaux entend par myélome des tumeurs caractérisées par la présence de myéloplaxes plus ou moins nombreuses dans un tissu où l'on trouve en outre une certaine quantité d'éléments embryonnaires et des vaisseaux à parois résistantes, parfois même sclérosées. L'auteur rapporte cinq observations, dont 4 personnelles et une due à Czerny, qui serviront de base à son mémoire. Ces tumeurs siégeaient sur les fléchisseurs des doigts. Elles se caractérisent par leur bénignité, elles ne sont pas douloureuses, elles n'apportent aucune gêne aux fonctions des tendons qu'elles n'atteignent pas, elles n'ont aucune tendance à l'envahissement ni à l'ulcération. L'auteur les a enlevées et, même après six ans, n'a pas vu de récidives.

XIV. — MM. Duplay et Cazin ont fait des expériences pour re-

chercher la pathogénie des atrophies musculaires d'origine articulaire. Ils ont fait sur 7 chiens une injection de nitrate d'argent à 10 0/0 dans le genou; chez 2 chiens ils ont provoqué l'arthrite en introduisant une pointe de thermocautère dans l'article; enfin, chez un dixième chien, ils ont produit une entorse. Chez trois lapins, ils ont pratiqué une injection de teinture d'iode dans le genou, ils se sont servi du thermocautère chez le lapin et chez un 5e ils ont fait une injection de nitrate d'argent. Chez tous ces animaux, ils ont constaté, soit par la pesée, soit par la mensuration, une diminution du volume des muscles du côté atteint. L'examen histologique des muscles n'a montré qu'une atrophie simple, soit sur des dissociations, soit sur des coupes transversales, sauf pour le chien à qui on avait produit une entorse et que l'on avait sacrifié un an après. Les coupes montraient un épaississement du tissu conjonctif interfasciculaire. Les gros troncs nerveux ne montrent aucune lésion appréciable ; aucune lésion sur les filets nerveux aboutissant aux muscles atrophiés; dans l'expérience du chien qui avait une entorse, on a constaté sur quelques fines branches du triceps certains tubes dont la myéline avait disparu. Sur les filets articulaires on trouve plusieurs tubes dégénérés, renfermant des granulations et des boules de myéline, le cylindre-axe fait quelquefois défaut ; mais les tubes sains d'un même filet étaient plus nombreux. Rien de particulier dans les racines rachidiennes ; les moelles sont également trouvées saines. Les auteurs tirent de leur travail fort consciencieux les deux conclusions suivantes: 1° les amyotrophies consécutives aux lésions des articulations sont constituées par une atrophie simple des muscles; 2° cette atrophie ne peut s'expliquer que par une action dynamique, par un simple réflexe dû à l'irritation des filets terminaux des nerfs articulaires, pathogénie indiquée par Vulpian.

XV. —Dans les luxations incomplètes de l'extrémité externe de la clavicule, la capsule acromio-claviculaire seule est rompue; dans les luxations complètes il doit y avoir aussi une déchirure des faisceaux coraco-claviculaires. Dans la luxation complète l'acromion vient se loger sous la clavicule ; dans la luxation complète l'omoplate est abaissée, entraînée par le poids du membre supérieur et son angle inférieur se rapproche de la crête épineuse. Donc pour réduire ces luxations il faut porter le moignon de l'épaule en bas et en arrière, faire exécuter à l'omoplate un mouvement de rotation qui ramène en dehors de la voûte acromio-coraïcodienne; enfin une dernière manœuvre est indispensable, c'est une forte impulsion du coude de bas en haut. Mais la coaptation est très difficile à maintenir. Une des causes de cette difficulté réside pour les auteurs dans l'obliquité des surfaces articulaires, la clavicule reposant seulement sur l'acromion sans emportement réciproque. Pour remédier à ces déplacements on a imaginé divers appareils ; les auteurs insistent sur ce fait avec beaucoup de raison que les appareils pour obtenir leur but doivent être longtemps laissés en place et alors on a le grave inconvénient d'amener des raideurs articulaires et des atrophies musculaires. On ne saurait en effet trop insister sur ce fait que la recherche de la correction d'une difformité après luxation ou fracture ne doit être permise qu'à une seule condition c'est qu'elle n'occasionne pas des maux pires, tels que l'ankylose articulaire. Ces luxations étant difficiles à maintenir réduites d'une part, les appareils, d'autre part, ayant de graves inconvénients les auteurs se sont décidés dans pareil cas à faire deux fois la suture osseuse. Les résultats obtenus sont fort encourageants; les malades n'ont pas eu à souffrir des douleurs inévitables avec les appareils et grâce à des séances de mobilisation et des séances de massage dès le 15e jour on n'a pas avec cette méthode à redouter les amyotrophies et les raideurs articulaires.

R. SOREL.

SERVICE DE SANTÉ COLONIAL. — Par décret, en date du 6 octobre 1892, M. le Dr ETOURNAUD a été nommé médecin de 2e classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 7 octobre 1892, M. le médecin principal de 1re classe FEE a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire.

BIBLIOGRAPHIE

Les Troubles du Langage chez les Aliénés ; par le Dr J. SÉGLAS. 1 vol., 300 p. — Rueff et Ce, Paris, 1892. (Collection Charcot-Debove).

Le langage des aliénés est des plus intéressants à étudier, car en dehors des idées délirantes qu'il nous permet de découvrir chez le malade, la forme seule de l'expression suffit parfois à révéler tout un délire, et la façon dont il se produit éclaire souvent d'un jour tout particulier la pathogénie de l'affection qu'on a à examiner. Mais ce n'est pas seulement le langage parlé qu'il faut envisager, c'est encore le langage écrit et le langage mimique, lesquels dans certains cas fournissent le plus de renseignements sur l'état mental des sujets. M. Séglas a donc eu grandement raison de rassembler tout ce qui était jusqu'ici épars sur cette importante question. Mais il a fait plus et mieux que de nous donner une œuvre de compilation et de critique. C'est un travail véritablement original qu'il nous offre, où son expérience et ses recherches personnelles tiennent certainement la plus grande place.

Il examine successivement aussi bien pour le langage parlé que pour le langage écrit les trois ordres de troubles suivants : 1° Troubles résultant de troubles intellectuels; 2° Troubles résultant de troubles de la fonction du langage ; 3° Troubles de la parole ou de l'écriture.

Les troubles du langage parlé occupent la plus grande partie de l'ouvrage. Le chapitre consacré aux hallucinations verbales auditives, visuelles et psycho-motrices, est tout entier à signaler. On sait d'ailleurs la compétence de l'auteur dans cette question, qui a été de sa part l'objet de recherches remarquables qui l'ont amené à une théorie admise aujourd'hui par la majorité des aliénistes.

Les troubles du langage écrit sur lesquels on n'attire guère qu'accessoirement l'attention en général, et qu'on recherche souvent plutôt à titre de curiosité ou de renseignement complémentaire sur l'état mental. Cependant, dans les questions médico-légales, les écrits prennent une grande importance parfois.

M. Séglas a surtout envisagé, dans son étude, le côté descriptif et pathogénique des différents troubles du langage. Peut-être y aurait-il ici place pour un chapitre de diagnostic et de séméiologie qui en aurait été le côté pratique. C'est le principal regret qu'on peut exprimer, d'autant qu'un des principaux troubles du langage, le mutisme, qui est si embarrassant parfois pour l'examen du malade, en même temps que dans certains cas il est, au contraire, une indication très précieuse, est à peine effleuré et méritait, je crois, d'être étudié d'une façon un peu approfondie, vu son intérêt clinique.

Tel qu'il est, ce livre est des plus intéressants et sera forcément consulté par tous ceux qui voudront faire de nouvelles recherches dans cette direction. Ils y trouveront, à côté de faits très bien observés, nombre de vues originales et suggestives, non seulement concernant le langage, mais encore bien des points de physiologie morbide. P. S.

De la mort subite ; phénomènes d'inhibition ayant pour point de départ l'uterus. Thèse. Paris, 1892.

Cette étude de physiologie et de médecine légale a été faite sous l'inspiration de M. le Pr Brouardel. On sait qu'un coup sec et léger, tel qu'une chiquenaude, donné sur l'abdomen d'une grenouille amène un état immédiat de mort apparente. Ce phénomène d'inhibition, bien étudié par M. Brown-Séquard, n'est pas spécial aux viscères splanchniques ; le larynx, l'utérus peuvent le présenter. Les gynécologistes et les accoucheurs ont eu malheureusement l'occasion de le constater à la suite d'une exploration, même manuelle, d'un curettage ou d'une simple injection intra-utérine. La mort serait due, dans ces cas, pour M. Bonvalot, à un phénomène d'inhibition, à un arrêt brusque du cœur et de la respiration ; et ce point est assez établi pour que l'expert puisse en tenir compte en médecine légale et innocenter, si le cas est tel que nous venons de le dire, le médecin ou la sage-femme qui auront eu un accident de ce genre, s'il n'est relevé aucune imprudence à leur charge. P.

VARIA

Le Choléra.

L'épidémie décroit partout. Et ce ne sont pas les nouvelles reçues cette semaine qui doivent inquiéter. Il y a bien quelques villes où le fléau vient d'apparaître, Marseille entre autres, mais tout permet d'espérer qu'il y sera vite jugulé.

I. — *Le choléra en France.*

Paris. — Il a été signalé, pour la journée du 8 octobre, à Paris, 15 cas de diarrhée cholériforme et 1 décès.

Dans la banlieue, il a été constaté 9 cas, dont 5 ont été suivis de décès.

L'épidémie ne présentant plus aucun caractère de gravité, le service des épidémies a publié aujourd'hui, pour la dernière fois, son bulletin quotidien.

Est. — Les journaux de Metz annoncent que le choléra a éclaté à Villers-sous-Prény, près de Pont-à-Mousson, et qu'en raison de ce fait les postes sanitaires à Novéant et à Metz ont reçu l'ordre de redoubler de vigilance. La vérité est qu'un campagnard, manquant de soins, a succombé, à Villers, à la dysenterie. Les précautions sanitaires, n'ayant pas été prises, en trois jours, trois petits enfants, de trois, cinq et huit mois, sont morts. Prény est un village écarté. Un médecin s'y est rendu, et l'autorité administrative y a envoyé un agent. L'état sanitaire paraît absolument normal, depuis qu'on a pris quelques mesures hygiéniques.

Havre. — On annonce qu'à partir du 22 octobre les paquebots de la Compagnie transatlantique auront leur port d'attache au Havre comme auparavant et non plus à Cherbourg. Dans un avis adressé aux habitants, le maire du Havre annonce qu'il ne sera plus publié de statistique, l'état sanitaire de la ville ne justifiant plus cette publication spéciale. « Cet état, écrit le maire, M. Brindeau, est en effet, dans son ensemble, plus satisfaisant que les années précédentes à pareille époque. La moyenne habituelle des décès à cette époque de l'année est de 10 par jour. Or, dans la journée du samedi 8 octobre, il n'a été déclaré en totalité que cinq décès, dont un seul survenu par suite de diarrhée cholériforme. Cette dernière affection n'a donné lieu, au Havre, qu'à deux décès depuis quatre jours. »

Marseille. — De lundi dernier, 6 heures du soir à mardi, même heure, on a enregistré 32 décès, dont 4 suspects.

La Société pour la défense du commerce vient d'adresser au gouvernement une protestation contre les quarantaines imposées aux marchandises venant de Marseille. En voici le passage saillant :

« L'état sanitaire de notre ville n'offre aucune cause d'inquiétude, comme le démontre le chiffre des décès, qui est inférieur à la moyenne. Si, depuis la grande perturbation atmosphérique du 1er octobre, quelques décès suspects se sont produits, outre qu'ils sont très peu nombreux, ils ont eu plutôt un caractère typhique que cholérique, et il est absolument impossible de désigner aucun foyer d'infection. Nous avons compté sur toute l'énergie du gouvernement pour faire rapporter des mesures que rien ne justifie et qui auraient des conséquences désastreuses pour le commerce de notre place. »

Pour établir combien la situation sanitaire actuelle à Marseille est loin d'être inquiétante ; voici les chiffres comparatifs des décès dans cette ville du 23 septembre au 11 octobre, pendant les quatre dernières années. En 1889, le nombre des décès fut 528, 535 en 1890, 464 en 1891 et, cette année, de 470. La situation est donc des plus satisfaisantes. Il faut ajouter que le premier décès suspect s'est produit, non le 3 octobre, mais le 23 septembre. Nous sommes aujourd'hui au 12 octobre, et c'est à peine si, en ces vingt jours, une vingtaine de cas suspects, y compris ceux relatifs aux enfants, ont été suivis de mort. Ce n'est point là l'allure d'une épidémie. On fait remarquer aussi que, depuis 1835, aucune épidémie de choléra n'a éclaté à cette époque de l'année : celle de 1835 débuta le 3 juillet ; celle de 1837, le 9 juillet ; celle de 1849, le 8 août ; celle de 1854, le 20 juin ; celle de 1855, le 25 août ; celle de 1866, le 5 juillet ; celle de 1884, le 23 juin ; celle de 1885 enfin, le 14 juillet.

M. le Dr David, pharmacien en chef à l'hôpital militaire, estime que les décès suspects ont été provoqués par l'usage des eaux impures. En effet, les quartiers dans lesquels des observations plus spéciales ont été faites sont l'Arc-de-Triomphe, les Présentines et les Carmes. Ils sont desservis par l'eau de l'Huveaune, qui est la sentine, l'égout d'Aubagne et de deux ou trois villages aux environs de Marseille.

MM. les Drs Proust, Brouardel et Thoinot sont arrivés le 5 octobre par le rapide à Marseille.

Ils ont conféré, à la Préfecture, avec le secrétaire général et le maire sur l'état sanitaire de la ville.

Puis ils se sont rendus à l'hôpital de la Conception. La municipalité y avait fait disposer des salles spéciales pour recevoir les malades présentant des symptômes suspects ; depuis lundi dernier, tant en ville qu'à l'hôpital, le nombre de ces malades a été de 27, dont 16 sont morts, quelques-uns assez rapidement.

Les premiers cas constatés se produisirent, le 3 du courant, dans un hôtel garni de la rue des Récolettes, au centre de la ville. Des cas furent, les jours suivants, constatés un peu partout. Mais, jusqu'à présent, ce sont les quartiers pauvres, populeux qui semblent offrir un champ plus propice au développement de la maladie. Deux cas, dont un décès, se sont produits dans un hôtel sordide dans les vieux quartiers situés derrière la mairie. MM. Brouardel, Proust et Thoinot l'ont visité, et il est certain qu'aujourd'hui même l'immeuble sera évacué. Il est habité par des émigrants syriens, qu'on installera provisoirement dans les lazarets du Frioul. M. Proust a constaté une certaine analogie de l'épidémie avec le caractère spécial observé pendant la récente épidémie parisienne. L'enquête continuera aujourd'hui. En attendant, à l'issue de ces visites, on a décidé de prendre les mesures suivantes :

1° Inspection médicale de tous les navires qui sont à Marseille ;

2° Interdiction d'embarquer à bord du linge sale et tous autres objets pouvant être contaminés.

La moyenne des décès en temps ordinaire, 36 par jour, n'a pas été atteinte. La dernière journée, en effet, a été de 30. En attendant, l'*Erymanthe*, des Messageries maritimes, est parti hier, avec patente brute, sur l'intervention du consulat de Turquie. Aucun cas n'a été constaté à l'Hôtel-Dieu ni à l'hospice de Sainte-Marguerite, où sont les vieillards et les enfants. Il en est de même à l'asile d'aliénés.

Ces jours-ci, des huit malades qui étaient dimanche à la Conception, deux sont morts. Jusqu'à nouvel ordre, aucun émigrant ne sera admis dans notre port, qu'il soit russe, ottoman, italien ou autre.

A *Houdreville*, près Nancy localité de 400 habitants, il y a eu, en deux jours, 12 cas et 5 décès ; les autres malades paraissent hors de danger. Le Dr Netter, venu de Paris, estime que l'eau d'une fontaine, contaminée par des infiltrations nauséabondes et par les déjections d'un réserviste qui, lors des récentes manœuvres, fut pris de la diarrhée cholériforme, a été l'agent infectieux. La fontaine a été bouchée. L'épidémie semble localisée, car les plus sévères mesures ont été prises. Aucun émoi dans les localités environnantes, non plus qu'à Nancy. Le préfet vient de lancer une nouvelle circulaire pour rappeler aux maires les prescriptions sanitaires déjà édictées le mois dernier.

Béthune. — Deux décès cholériques ont été constatés à Carvin : deux ouvriers mineurs demeurant près d'une mare infecte sont morts presque subitement. Le sous-préfet et le médecin des épidémies se sont rendus, cet après-midi, à Carvin. Trois enfants sont morts de diarrhée cholériforme à Burbures, canton de Norrent-Fontes.

Arras. — Quatre décès cholériques ont été constatés au Portel, à Boulogne et un à Outreau.

Chalon-sur-Saône. — Quatre décès cholériformes se sont produits à Etaule, petit hameau situé près de Mellecey. Ils sont attribués à l'eau corrompue de l'unique puits du village.

Cahors. — Depuis deux semaines environ, au petit village du Prat canton de la Tronquière, 5 personnes ont succombé à une affection cholériforme ; 8 personnes sont actuellement malades. Dans la commune de la Bastide-du-Haut-Mont, on a constaté 1 cas suivi de décès ; dans celle de Gorse, 1 cas également suivi de décès s'est aussi produit.

II. — *Le choléra à l'étranger.*

Allemagne. — Dans la journée du 7 octobre à Hambourg il n'y a eu que 12 cas et 2 décès.

Dans la prison de Rummelsburg, près de Berlin, un détenu est mort du choléra ; quatre autres sont gravements atteints. Ils ont été transportés à l'hôpital de Moabit.

Autriche-Hongrie. — L'épidémie est en décroissance à Budapest. Ces jours-ci il n'y a eu que quelques décès (1). A Szegedin, on n'a enregistré que quelques cas : aucun décès ne s'est produit. Foire annuelle suspendue.

A Cracovie et à Ludvinow, près de Podgorce, il s'est produit de nouveaux cas.

Belgique. — Le bulletin hebdomadaire de statistique sanitaire pour la semaine du 25 septembre au 1er octobre, donne pour Bruxelles et l'agglomération bruxelloise 181 décès, dont 22 sont dus aux maladies épidémiques et 17 au choléra. En province le nombre des cas de choléra diminue sensiblement ; mais on a constaté encore quelques cas de choléra dans certaines communes riveraines de l'Escault, notamment à Steendorp, Moerbeeke, Rupelmonde, Zijwndrecht, Tamise, Baasrode et Audegem.

Angleterre. — Le nouvel arrêté sanitaire, pris par le gouverneur de Malte, porte que les vaisseaux provenant de localités infectées ne seront admis que vingt et un jours après leur départ de ces localités. Ils devront passer par des ports anglais, après avoir quitté les localités infectées, et ils devront présenter des certificats de désinfection avant d'être reçus en libre pratique. Les voyageurs devront prêter le serment qu'il y a au moins huit jours qu'ils n'ont pas été dans une localité infectée. A Gibraltar, on impose également pour les provenances de Marseille une quarantaine de vingt et un jours à dater du départ de ce port.

Russie. — Dans le gouvernement de Saint-Pétersbourg, les 7, 8 et 9 octobre, il ne s'est presque plus produit de cas de choléra. Pourtant le 9 octobre on a constaté encore 13 cas de choléra et 5 décès à Saint-Pétersbourg. Presque partout l'épidémie s'éteint. Elle ne sévit fortement que dans le gouvernement de Saratov et celui de Samara.

Canada. — Le conseil sanitaire provincial a aboli les mesures de quarantaine et a informé les compagnies de navigation à vapeur qu'elles peuvent transporter des émigrants au Canada en partance des ports britanniques et scandinaves.

Portugal. — Les provenances de Budapesth sont déclarées infectées par le choléra.

Grèce. — Quarantaine de 5 jours pour les bateaux venant de Londres, Glasgow, Liverpool, Swansea, Grunsby et Chields. Quarantaine de 11 jours pour ceux venant de New-York, depuis le 3/15 septembre, aux lazarets de Corfou (Gouvino) et Delos. — Une quarantaine de onze jours est établie sur les provenances de Marseille depuis le 8 octobre.

Roumanie.— Prohibition des objets d'importation s'ils viennent de Russie, France, Allemagne, Belgique, Autriche-Hongrie, Pays-Bas, ports de la Mer Noire et Turquie d'Asie.

Egypte. — Alexandrie. — Le Conseil sanitaire avait l'intention de décider, dans sa réunion de demain, qu'une quarantaine serait appliquée aux provenances de Marseille.

Bulgarie. — Le Conseil sanitaire a décidé la fermeture de la frontière de la Bulgarie à la Serbie, excepté à Tsaribrod et sur un point qui sera ultérieurement fixé dans le district de Widdin. Les ports de Loug-Palanka, Roustchouk, sur le littoral bulgare du Danube, sont seuls ouverts aux voyageurs, lesquels sont soumis à une quarantaine de 8 jours. Le Conseil a décrété aussi différentes mesures concernant la quarantaine à imposer aux marchandises importées en Bulgarie. Le service direct du chemin de fer avec l'Occident est suspendu à partir d'aujourd'hui.

Le Choléra et la Crémation.

Le *Times* de lundi, écrit *The Lancet* du 10 sept. (p. 621), contient une lettre de Sir Spencer Wells citant le paragraphe suivant tiré de son article du 3 septembre courant : « Les feuilles médicales allemandes commencent à s'agiter fortement en faveur de la crémation obligatoire dans les cas de décès par le choléra. »

Sir Spencer Wells commence par faire observer que « la destruction des bacilles qui se trouvent dans les corps des cholériques a été longtemps regardée par un grand nombre de bactériologistes comme une des mesures les plus nécessaires pour prévenir la propagation de la maladie ; et l'on ne saurait mettre en doute que l'action du feu constitue le mode le plus rapide et le plus effectif de destruction des bacilles. » Cela est entièrement vrai, et, en supposant que la crémation serait limitée aux victimes des maladies épidémiques, comme le choléra, la fièvre scarlatine, la fièvre typhoïde ou la diphtérie, la grande objection faite à la crémation — savoir l'objection médico-légale — si souvent soulevée dans ces colonnes pourra être détruite. Mais nous pensons qu'une objection peut être faite à la phrase suivante : « Si les bacilles sont enterrés, il est presque certain qu'ils se multiplient et que tôt ou tard ils empoisonnent la terre, l'eau et l'air et constituent en quelque sorte des magasins de maladies qui n'attendent plus que l'estampille du dehors. » Il y a d'un bout à l'autre de ce pays, en longueur comme en largeur, de nombreux cimetières contenant les corps de milliers de victimes des épidémies passées de choléra. Y en a-t-il quelques-uns qui puissent faire croire que ces magasins de maladies ainsi que les maisons qui les entourent soient malsains ? Cette question demande une réponse affirmative ou négative appuyée de preuves. Sir Spencer Wells, insistant très fortement sur ce point, a écrit à Sir Walter Fosser, le secrétaire parlementaire du Bureau du gouvernement local, pour savoir quelles sont les modifications apportées au règlement ordinaire des inhumations lorsqu'on a affaire à des corps de cholériques, et si le Bureau a envisagé la question de la crémation de ces corps. La réponse fut que le Bureau n'avait pas examiné cette question, mais qu'il avait l'espoir que l'attention appelée sur cette matière en Allemagne aurait son effet à Londres et qu'elle recevrait du Bureau du gouvernement local un examen entièrement favorable.

Crémation des Corps des cholériques.

Quelques journaux de médecine allemands agitent en ce moment la question en faveur de la crémation obligatoire de tous les restes des cholériques, comme étant le moyen le plus sûr d'empêcher l'infection ultérieure du sol par les bacilles que ces cadavres contiennent. Le Conseil d'hygiène de New-York a décidé faire incinérer les cadavres de toutes les personnes qui sont mortes par le choléra pendant la quarantaine. (*Medical Record*, New-York, 10 septembre, p. 315).

L'idée de fonder une caisse de crémation mutuelle ne viendrait pas à tout le monde, mais elle n'en est peut-être pas plus mauvaise pour ça. En tout cas les Sociétés allemandes pour la propagation de la crémation l'ont trouvée géniale et vont au plus vite la mettre à exécution. Elles se réuniront à cet effet, à Bade, dans quelques jours. (*Petit Journal* du 2 septembre 1892).

Escroquerie au Choléra

D'après une dépêche de Lille, en date du 2[illegible] septembre, les voyageurs qui sont partis de Bruxelles pour la France, samedi, dimanche et lundi ont été victimes d'une escroquerie organisée on ne sait pas encore par qui. Suivant de prétendus ordres, dont il n'a jamais été question au Ministère de l'Intérieur, ils devaient tous être munis d'un certificat médical, sous peine d'être arrêtés à la frontière. Pressés par l'heure du départ ils s'adressaient à un commissionnaire qui les conduisait dans un café voisin où un médecin, moyennant 3 francs, leur délivrait un certificat de santé. Plusieurs des victimes de cette escroquerie ont adressé une plainte au procureur du roi à Bruxelles, après s'être assurés, à leur arrivée en France, qu'aucune mesure de ce genre n'avait été prescrite par le gouvernement français. (*Radical*, 30 septembre).

Microbie des billets de banque

Deux bactériologistes havanais, les Drs Acosta et Grande-Rossi, ont eu l'idée, à coup sûr originale, d'étudier la microbie des billets de banque. Ils ont publié, dans le numéro de [illegible] de la *Cronica medico-quirurgica de la Habana*, le résultat de leurs recherches faites sur les billets de la Banque espagnole de la Havane.

Ils ont constaté d'abord que le poids de ces billets, augmentait en raison de leur circulation, par suite de l'addition de matières étrangères. Au bout d'un certain temps, l'analyse bactériologique démontre une augmentation considérable du nombre des microbes; dans deux cas, le nombre s'élevait à plus de [illegible].

Les auteurs signalent tout spécialement la présence d'une bactérie septique, qui tue rapidement les animaux inoculés, c'est à proprement parler le microbe spécifique du billet de banque, et Talamon estime que le nom de « bacillus septicus [illegible] » ne saurait lui être trop justement imposé.

MM. Acosta et Grande-Rossi ont encore [illegible] des billets examinés [illegible] espèces pathogènes, parmi lesquelles le bacille de la tuberculose, celui de la diphtérie, le streptocoque de l'érysipèle, etc.

Les deux bactériologistes ne disent pas quel était la valeur des billets qu'ils ont [illegible]. Il est à supposer cependant qu'il ne s'agissait pas de billets de mille ou de cent francs; sans quoi le contrôle de leurs expériences ne serait pas à la portée de tous les laboratoires, dont le budget ne comporte pas en général de semblables prodigalités. Mais à quels [illegible], grands dieux, les havanais peuvent-ils bien envoyer leurs billets de banque pour en faire de pareils réceptacles de microbes? MM. Acosta et Grande-Rossi nous affirment bien que les enfants de la Havane

(1) A Budapest, 4 octobre, de minuit à minuit, on a transporté 27 cholériques dans les baraquements ; 13 sont morts et 14 ont été congédiés après avoir été guéris. Le nombre des cholériques qui sont actuellement en traitement est de 101.

ont l'habitude de porter des billets à leur bouche. On serait presque tenté de croire que les adultes ont l'habitude de les porter ailleurs.

Heureusement que les auteurs ne nous disent pas y avoir trouvé le *bacterium coli.* (*La Médecine moderne*, 18 août 1892.)

Faculté de Médecine de Paris.

(1er Trimestre de l'année scolaire 1892-93.)

Inscriptions, consignations et travaux pratiques.

I. — *Inscriptions.* —Le registre d'inscriptions a été ouvert le jeudi 13 octobre. Il sera clos le samedi 19 novembre, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi: 1° Inscriptions de première, de deuxième et de troisième années de doctorat; de première et de deuxième années d'officiat, les jeudi 13, vendredi 14, samedi 15, mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21, samedi 22, mercredi 26, jeudi 27, vendredi 28, samedi 29 octobre, et les jeudi 3, vendredi 4, samedi 5, mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11, samedi 12 novembre. 2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18 et samedi 19 novembre. MM. les Etudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les Etudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 4e année de doctorat et de 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 15 novembre 1892.

Avis spécial à MM. les Internes et Externes des Hôpitaux. — MM. les Etudiants, Internes et Externes des Hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 4e trimestre 1891-1892. Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'Etablissement hospitalier auquel l'Etudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur: Les inscriptions seront refusées aux Internes et Externes des Hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. — *Consignations pour Examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les Examens seront délivrés, à partir du 10 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures. En ce qui concerne le 1er examen de Doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les bulletins de versement ne sont délivrés que le lundi 10 et le mardi 11 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet. Les consignations pour examens de fin d'année (officiat)ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet 1892.

III. — *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les Etudiants aspirant au Doctorat ou à l'Officiat. Ils sont facultatifs pour les Etudiants ayant 16 inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen sur leur demande écrite: 1° Les Etudiants ayant 16 inscriptions; 2° Les Docteurs français; 3° Les Docteurs et Etudiants en médecine étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 fr., payables en une fois. Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.

IV. — *Cartes d'Etudiants.* — Les cartes d'Etudiants, pour l'année scolaire 1892-1893, seront délivrées au Secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et consignations.

Ecole pratique.

(Année scolaire 1892-93.)

Exercices de Dissection sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des Travaux anatomiques. Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref delai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du Chef du matériel, de midi à 4 heures. Les démonstrations d'Ostéologie commenceront le lundi 17 octobre.

Le pavillons de Dissection seront ouverts à partir du lundi 7 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures. Les prosecteurs chefs de pavillon, et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A). Les étudiants de 1re année ne prennent point par aux travaux anatomiques. — *B*). Les exercices de Dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de 2e et de 3e années: les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le 2e Examen de doctorat (Anatomie) s'ils n'ont disséqué 2 semestres d'hiver complets. — *C*). Pour les Etudiants et les Docteurs, les exercices de Dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du Doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant: 1° Elèves obligés, 2e et 3e années (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique). 2° Elèves non obligés et Docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'Anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du Chef de Matériel et n'a reçu une Carte d'entrée. Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 15 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter: 1° Sa feuille d'inscription mise à jour par le Secrétariat de la Faculté; 2° La quittance constatant le paiement des droits. Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole d'Anatomie sans une décision spéciale.

Les Manœuvres du Service de santé à Versailles.

Comme nous l'avons raconté dans notre dernier numéro (1), les manœuvres du service de santé ont eu lieu la semaine dernière à Versailles (2).

Nous croyons devoir résumer ici la conférence de M. le médecin principal Dieu, directeur des manœuvres, qui était chargé de les apprécier et d'en faire la critique.

Il a d'abord montré quels soins on prenait pour assurer aux troupes les secours les plus rapides en cas de blessure. Depuis que le service de santé, jadis sous la direction de l'intendance, a conquis son autonomie, il a marché à pas de géant: les progrès ont été incessants et chaque jour voit se réaliser une amélioration nouvelle. M. le médecin principal, s'adressant ensuite aux médecins de réserve et de territoriale, a résumé ce qu'on a fait pendant ces cinq journées. Il leur rappelle la perfection des appareils employés et leur montre que la chirurgie militaire est entrée complètement dans les voies nouvelles en adoptant les principes de l'antisepsie, que l'on appliquera désormais sur le champ de bataille, en évitant ainsi les désastres qui ont marqué tant de campagnes. Il reste encore à faire; cependant l'expérience actuelle démontre que le *matériel roulant est trop lourd*, que les *tentes* utilisées sont également d'un poids et d'un *volume trop considérables*. On cherche à les modifier, de même qu'on cherche un système de brancards sur roues permettant d'adoucir les souffrances des hommes. M. Dieu a ensuite suivi pas à pas l'ordre des manœuvres. Repondant à une critique émise par plusieurs médecins, il a reconnu qu'en effet les brancardiers étaient trop sur la ligne du feu et savaient peu s'abriter, mais il a fait remarquer que l'on n'avait pas les brancardiers des régiments, puisque Versailles n'a que des troupes du génie où, l'unité étant la compagnie, on n'a pas eu à dresser des brancardiers de bataillons. Le personnel utilisé était ignorant du métier, tandis que dans les régiments d'infanterie on a des hommes exercés, sachant se rendre compte des abris offerts par le terrain pour l'installation des postes de secours. Pour bien juger de la valeur du personnel ambulancier, il faudrait pouvoir appeler aux manœuvres sanitaires les ambulanciers de la réserve. On verrait alors que ces hommes sont fort bien préparés à leur tâche.

Quelques médecin se sont plaints de ne rien voir pendant la bataille fictive de Guyancourt, mais il ne faut pas oublier qu'on a voulu serrer la réalité de très près en masquant les postes de secours des vues de l'ennemi. Ce n'était pas au feu même qu'il fallait chercher ceux-ci, mais en arrière, derrière les talus, au fond de ravins. Le rôle du médecin divisionnaire a été défini en quelques mots heureux par M. Dieu. Il a montré que celui-ci est, au point de vue médical, l'âme du combat. Il lui faut dans le choix des emplacements, des postes de secours, dans la direction du va-et-vient des brancards, dans l'installation de l'ambulance des qualités militaires très serieuses et un sang-froid que rien ne peut démonter. A ce point de vue, M. le médecin principal Corties a fort bien dirigé le service. Le combat était engagé à midi; à deux heures et demie, la division avait assez dépassé Guyancourt pour qu'on pût s'y

(1) Voir *Progrès médical*, n° 41, p. 279.

(2) Deux médecins de l'armée hellénique, MM. les médecins-majors de 2e classe Angélidès et Egialidès ont assisté aux manœuvres. Ils ont été cordialement accueillis par leurs camarades français.

porter. A trois heures et demie, les locaux étaient aménagés ; des quatre heures moins un quart, les premiers blessés arrivaient ; le dernier était installé à quatre heures et demie. Cent cinquante blessés se trouvaient alors à Guyancourt, couchés comme ils le seraient en campagne. A sept heures, ils avaient pris le repas du soir. On avait expédié les quatre-vingt blessés les moins atteints, les autres étaient installés dans l'église transformée en *hôpital de campagne*. M. Dieu a démontré l'utilité de ces hôpitaux et relevé la pénurie du personnel, qui ne permet pas d y affecter d'une façon permanente des médecins militaires.

Le directeur des manœuvres a exposé suivant les remarques faites sur le *transport des blessés de l'hôpital de campagne à l'hôpital d'évacuation*. On a reconnu impossible de transporter plus d'un homme que la gravité des blessures obligeait à laisser sur un brancard. On a donc assayer de disposer ces blessés en travers de fourragères. De la sorte, six ou sept blessés ont pu être évacués à la fois.

Arrivant au *train sanitaire*, il a fait remarquer *combien il était énorme* et quelle responsabilité pesait sur ceux qui l'organisent. Cependant cette responsabilité est divisée; au lieu d'être laissée au médecin divisionnaire, on voit le lieutenant du train et les officiers d'administration partager la direction du service.

Laïcisation de l'Hôpital de Meulan.

Un conflit grave étant survenu entre la commission administrative de l'hospice de Meulan et la supérieure des religieuses, le remplacement de cette supérieure a été demandé à la communauté de Saint-Paul de Chartres à laquelle elle appartient. La congrégation s'est refusée à la rappeler. Devant cette fin de non-recevoir, la commission administrative s'est décidée à laïciser son établissement. Le nombre des malades ou des pensionnaires varie entre 20 et 28. Or, pour ce petit nombre d'hospitalisés, il y avait six religieuses, deux infirmiers et une aide, soit une religieuse pour moins de cinq malades. Et il y a encore des gens qui prétendent que le service des religieuses est bon marché !

Un Sanatorium dans les Vosges.

Tout récemment, dit le Dr Lardiès, dans le *Bulletin Médical des Vosges*, les médecins du service sanitaire des Vosges ont été appelés, par une circulaire préfectorale, à faire connaître si, parmi les enfants assistés qu'ils sont appelés à visiter, il n'y en aurait point dont l'état de santé put être avantageusement modifié par le séjour au bord de la mer. M. le Préfet des Vosges a proposé de demander au Conseil général, dans sa session d'août, un crédit permettant aces enfants débilités ou scrofuleux d'être envoyés et de séjourner dans un hôpital marin. Cette idée, à laquelle, en principe nous ne pouvons qu'applaudir, a été inspirée sûrement à M. le préfet des Vosges, par M. P. Fleury, le nouvel inspecteur de l'Assistance publique, un convaincu et un ardent, qui dans toutes ces questions s'est fait une réputation méritée.

Mais je ne puis m'empêcher de songer que, pour revivifier, pour reconstituer ces tempéraments débiles, ces enfants chétifs qui ont droit à toute notre sollicitude, il n'est pas indispensable de les soumettre à l'imprégnation de l'air marin. L'air de la montagne a, lui aussi, des propriétés régénératrices. Dans un travail que j'ai fait tout spécialement pour le congrès de climatologie, j'ai comparé les avantages de l'atmosphère maritime à ceux que l'on peut retirer du séjour sur les montagnes. Je n'y insisterai pas pour le moment Je me crois cependant en droit de dire que si nos pauvres petits scrofuleux de l'est pouvaient passer quelques mois à la Schlucht ou au Ballon d'Alsace, ils en retireraient au moins autant de bénéfice que s'ils étaient envoyés à grand frais à Arcachon ou à Pen-Bron. Il y a là une idée qui ne mérite pas d'être rejetée sans avoir été examinée.

L'altitude de 1.000 à 1.200 mètres, celle qu'atteignent nos sommets des Vosges, est extrêmement favorable à la régénération organique. En Suisse, notamment, l'expérience a été faite en grand, et là, de tous côtés, s'élèvent déjà des sanatoria, des refuges où les organismes dégénérés récupèrent une vitalité parfois inespérée. Aussi avais-je déjà émis l'avis de la création d'un sanatorium sur l'un de nos sommets vosgiens.

Il est hors de toute que cette créati n serait des plus utiles. Pourquoi donc, dans notre région, au lieu d'envoyer ces pauvres petits souffreteux, dont la société a pris la tutelle, au bord de la mer, ne les installerions-nous pas dans un hospice de montagne, où ils retrouveraient la santé, la vigueur ? Tous nos départements de l'Est favoriseraient, nous l'espérons au moins, la création d'un hospice de ce genre. Il suffirait pour faire réussir cette idée, pour la faire passer de la théorie à la pratique, d'y intéresser les représentants de la presse, les associations médicales, d'en saisir l'opinion publique, et après avoir obtenu le patronage de l'administration de faire appel à la bonne volonté des conseils généraux, des municipalités et des personnes bienfaisantes qui auraient naturellement pitié de ces petits orphelins qui n'ont même pas pour eux la santé.

L'air pur, la marche en montagne, voilà ce qu'il faut aux petits scrofuleux des villes. Nous leurs ferons autant de bien que de les envoyer sur les plages de Bretagne.

Nous comprendra-t-on ? Nous écoutera-t-on? Dr LARDIER.

L'Hôpital-Baraque urbain L.-P. Botkine, à Saint-Petersbourg.

Le *Génie sanitaire* publie une très intéressante étude sur un modèle d'hôpital créé par le regretté professeur Botkine, que nous nous faisons un devoir de signaler à nos lecteurs :

« A l'occasion du dixième anniversaire de la fondation de cet hôpital modèle, nous croyons intéressant de rappeler ici, en quelques mots, son origine, son but et son installation et les résultats qui y ont été obtenus. C'est en mémoire du célèbre docteur L. Botkine qu'on lui a donné son nom. Cet hôpital est affecté principalement aux maladies contagieuses. Depuis l'inauguration on y a soigné 38,344 malades, parmi lesquels il y avait 76,2 0/0 atteints d'une affection contagieuse aiguë, dont 50,6 0/0 de la fièvre typhoïde. La mortalité, dont la moyenne était de 8,6, n'était en 1891 que de 6,6. Ce chiffre est une compensation au prix relativement élevé de cet hôpital-baraque.

« Cet hôpital comprend actuellement 20 baraques pour 12 malades contagieux chacune (ou 22 malades non contagieux, 2 baraques pour 30 convalescents chacune et une baraque pour 20 enfants de 3 à 12 ans, atteints d'une maladie non contagieuse). Les baraques sont des bâtiments de style russe, à un étage, outillés conformément aux besoins réels ; toutes les prescriptions de l'hygiène ont été observées dans leur construction ; l'air et la lumière y viennent en abondance ; les baraques des enfants malades ne se distinguent que par l'outillage spécial aux enfants ; en dehors de ce bâtiment il y a un petit pavillon d'isolement de deux pièces qui, étant devenu insuffisant, sera remplacé par un autre bâtiment, élevé aux frais de la veuve du général Aristchenko.

« La chambre de désinfection, construite en 1883, mérite une attention spéciale. Elle est affectée au service de l'hôpital et au service urbain. A l'origine, la désinfection se faisait à la vapeur et tous les soins avaient été observés afin de séparer les objets désinfectés des objets souillés. En 1885, on a adjoint à cette étuve une chambre de désinfection par le chlore ; les baraques sont désinfectées au moyen du sublimé, plus efficace que la vapeur et le chlore, employés primitivement.

« La nourriture des malades ne laisse rien à désirer ; par décision du Conseil municipal il est prélevé, sur le budget de l'hôpital, 0 fr. 75 par malade ; la nourriture est distribuée trois fois par jour ; le menu étant varié, le médecin peut faire varier la nourriture suivant les circonstances et les goûts personnels des malades.

« Notons que les vivres sont en général meilleur marché en Russie qu'en France.

« Une Société de bienfaisance, fondée en 1890, assure aux convalescents indigents, à leur sortie de l'hôpital, le moyen de se rétablir complètement, et, afin que les services précieux de cette Société soient plus efficaces, il est stipulé dans ses statuts que le Directeur et le Médecin en chef de l'hôpital seront membres perpétuels de la Société.

« Il est intéressant de remarquer qu'avant la création de cet hôpital, les malades contagieux étaient répartis dans les hôpitaux urbains, ce qui présentait un danger assez grave. Grâce à l'hôpital-baraque Botkine les hôpitaux de la ville sont débarrassés de la présence des malades contagieux.

« La population de Saint-Pétersbourg peut s'estimer heureuse de posséder un hôpital spécial, si bien agencé pour les soins des maladies contagieuses et présentant en même temps un moyen très efficace pour empêcher la propagation d'une épidémie aiguë ; les résultats des dix années d'existence de l'hôpital-baraque Botkine ont bien prouvé qu'il est à la hauteur de sa tache. »

G. A. R.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 17. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Baillon, Lutz, Fauconnier. — (2e *série*) : MM. Gautier, Blanchard, Weiss.

MERCREDI 19. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Gariel, Pouchet, Blanchard. — (2e *série*) : MM. Lutz, Villejean, Weiss.

JEUDI 20. — 1er *de Doctorat* : MM. Pouchet, Lutz, Weiss.

VENDREDI 21. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Gariel, Lutz, Blanchard. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Hanriot, Weiss. — (3e *série*) : MM. Baillon, Villejean, Fauconnier.

SAMEDI 22. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Baillon, Lutz, Weiss. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Hanriot, Villejean.

NÉCROLOGIE.

M. le Pr Jean-Antoine VILLEMIN (de Paris).

Nous ne pouvons que le répéter après les autres, puisque nous venons les derniers : la mort de Villemin est un deuil pour la médecine scientifique française. Les grands journaux pourtant, qui célébraient hier encore les obsèques de Renan, ont à peine fait mention de ce décès. Ainsi vont les choses; l'homme de science n'a pas le don d'attirer l'attention des foules. Mais retraçons la carrière médicale si bien remplie de ce véritable savant.

M. Jean-Antoine Villemin, qui a succombé cette semaine à Paris, aux atteintes d'une cruelle maladie, dont il était atteint depuis plusieurs mois, était né à Prey (Vosges), le 25 janvier 1827.

Après avoir commencé ses études à la Faculté de Médecine de Strasbourg, il était entré dans le corps de santé de l'armée, en 1848, et après avoir rempli, pendant plusieurs années, les fonctions de répétiteur à l'école de santé militaire de Strasbourg, où il fut élève de Schutzenberger, et puis reçu docteur en 1853. Il avait été nommé professeur au Val-de-Grâce, et, en 1874, membre titulaire de l'Académie de Médecine pour la section de pathologie médicale. Il était, au moment de sa mort, médecin inspecteur des armées, en retraite, et Vice-Président en exercice de l'Académie de Médecine. Aussi cette compagnie n'a-t-elle pas tenu séance cette semaine en signe de deuil.



Fig. 26. — M. le Pr Jean-Antoine Villemin (1).

Villemin laisse un nom qui ne périra pas. L'histoire médicale conservera pieusement dans ses archives, alors que bien de ses contemporains, en renom aujourd'hui, auront à tout jamais disparu...

Est-il besoin de rappeler en effet la portée de ses admirables recherches sur la tuberculose, qui ont été le point de départ d'une révolution vraiment étonnante pour la nosographie de cette terrible affection? Faut-il mentionner les ovations qui lui furent faites à chacun des derniers congrès internationaux de la tuberculose? Faut-il rappeler le fameux banquet organisé à l'une de ces réunions pour fêter en lui le rénovateur d'un mérite indiscutable? Tout cela est trop présent encore à la mémoire de tous les médecins qui lisent, qui se tiennent au courant des choses de la science...

Bornons-nous à répéter, avec tous nos confrères, que c'est lui qui démontra le premier l'inoculabilité et la contagiosité de la tuberculose par des expériences à jamais mémorables, conduites avec une véritable sûreté de main. Et, phénomène encore plus remarquable, il réussit — non pas certes au premier coup — à entraîner à la longue la conviction de ceux qui, par profession, doivent toujours défendre les errements classiques !

« A une époque où le nom de Koch et de son bacille, dit notre confrère, M. Ch. Eloy, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, vient si volontiers aux lèvres dès qu'il s'agit de tuberculose, on se souvient encore, — ne pas l'admettre serait une injure pour nos contemporains, — de son travail sur la cause et la nature de la tuberculose, dans lequel le savant français dénonçait dès 1866 et préparait l'œuvre postérieure du bactériologiste berlinois... Laennec décrivait l'unité, Villemin, l'inoculabilité, R. Koch, le parasite de la tuberculose. Un seul de ces trois grands noms manque à notre pays...; mais, avec celui de Laennec, celui que nous possédons n'est ni le moins honoré ni le moins glorieux. »

Ce sont d'ailleurs ces recherches qui ouvrirent largement à Villemin les portes de l'Académie de médecine. Récemment, quelques jeunes songèrent à lui pour l'Institut.

Villemin ne fut pas seulement un chercheur, un homme de laboratoire, que ne rebutèrent pas à ses débuts quelques échecs immérités, quelques critiques de la part de l'Académie à laquelle il avait offert la primeur de sa découverte, qui fut tout simplement un trait de génie. Ce fut aussi un médecin soldat, et la médecine militaire, à laquelle il appartint toute sa vie, lui doit beaucoup.

Il fit des élèves; et ceux-là n'ont jamais oublié le dévouement de Villemin, pour le corps dont il faisait partie; mais en outre, une partie de sa gloire de savant a rejailli sur ses collègues de l'armée et tous lui doivent une profonde reconnaissance pour l'éclat qu'il a jeté par ses travaux sur le service de santé tout entier. Eux encore pourront vanter sa distinction, son affabilité, son honorabilité professionnelle.

Son nom sera sûrement inscrit en lettres d'or sur l'un des vieux murs du Val-de-Grâce qu'il a tant contribué à illustrer. Peut-être même dans quelques mois son buste ornera-t-il une des salles de notre Ecole militaire? Pour nous, nous faisons les vœux les plus sincères pour que les traits d'un travailleur aussi acharné, d'un esprit aussi sagace, d'un savant aussi indiscutable, — traits que notre ami Millot a si bien reproduits dans le dessin qui accompagne cette trop courte notice, — restent sans cesse présents aux yeux de tous nos jeunes camarades, entrés dans la voie parcourue par Villemin, avec tant de succès. N'oublions pas en effet que, comme l'a dit sur sa tombe M. Léon Colin : *Il a bien mérité de l'humanité.*

On nous pardonnera de ne donner ici qu'une partie de ses principales publications :

De la tuberculose au point de vue de son siège, de son évolution et de sa nature, 1862, avec 4 pl. — *Etudes sur la tuberculose, preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité*, Paris, 1867. — *Traité élémentaire d'histologie humaine, normale et pathologique*, en collaboration avec M. Ch. Morel, 1864. — *Cause et nature du scorbut* (*Bulletin de l'Acad. de médec.*, 1874). — *De l'érythème polymorphe, sa nature; son traitement spécifique.* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1874).

(1) D'après la photographie de M. Eugène Pirou.

Faculté de médecine de Paris. — *Ecole pratique : Médecine opératoire* (Cours d'automne). — M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du jeudi 20 octobre 1892, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques. Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Il est spécialement destiné aux Etudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire. MM. les Etudiants qui désirent suivre ce cours devront en faire la demande écrite (sur timbre de 0 fr. 60) au doyen de la Faculté, avant le jeudi 13 octobre.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 2 oct. 1892 au samedi 8 oct. 1892, les naissances ont été au nombre de 1019 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 388; illégitimes, 118 Total, 506 — *Sexe féminin :* légitimes, 390 ; illégitimes, 123. Total, 513.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 2 oct. 1892 au samedi 8 oct. 1892, les décès ont été au nombre de 872 savoir : 474 hommes et 398 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11, F. 13, T. 24. — Variole . M 0, F. 1. T. 1 — Rougeole : M. 0, F. 2, T. 2 - Scarlatine : M. 2, F. 0 T. 2 — Coqueluche : M. 6, F 4, T. 10 — Diphtérie, Croup : M. 7, F. 12, T 19. — Affections cholériformes: M 15, F. 17, T. 32. — [illegible] M. [illegible] F. 60, T. 169. — Autres tuberculoses: M. 20, F. 5, T 25 — Tumeurs bénignes . M. 0, F. 4, T. 4 — Tumeurs malignes : M. 21, F. 23, T. 44. — Méningite simple . M. 15, F. 10, T. 25 — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 17, T. 45 — Paralysie : M. 1. F. 5, T. 6 — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 7, T. 10 — Maladies organiques du cœur : M 32, F. 25, T. 57 — Bronchite aiguë : M 2 F 5, T. 7 — Bronchite chronique : M. 13, F. 17, T. 30.— Broncho-Pneumonie : M. 2 F. 7, T. 9 — Pneumonie : M. 12, F. 13, T. 25. — Gastro-entérite, biberon : M. 41, F. 21, T. 62 - Gastro-entérite, sein : M. 4 F. 4, T. 8. — Diarrhée au-dessus de 5 ans . M. 3, F. 3, T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 Débilité congénitale : M. 10, F. 8, T. 18 — Sénilité : M. 5, F. 16, T. 21. — Suicides : M 14, F. 10, T. 24 — Autres morts violentes : M. 10, F. 2, T. 12 — Autres causes de mort : M. 84, F. 80, T. 164 — Causes restées inconnues : M. 4, F. 3, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 28, illégitimes, 16 Total : 44. — *Sexe féminin :* légitimes, 23, illégitimes, 18. Total : 41.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés pour trois ans, à partir du 1er octobre 1892, aides d'anatomie à la Faculté de médecine : MM. Debert (Paul), Glantenay, Walch, Bougle, Wassilieff, en remplacement de MM. Dagron, Chipault, Delagénière, dont le temps d'exercice est expiré ; de M. Mauclaire, appelé a d'autres fonctions ; de M. Faure, démissionnaire. M. Braquehaye, est délégué, du 1er octobre 1892 au 30 septembre 1893, dans les fonctions d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Morestin, appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Gossart, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Caen, est chargé, en outre, du cours de physique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Schlagdenhauffen, professeur de toxicologie et de physique à l'École supérieure de pharmacie de Nancy, est nommé, pour trois ans, à partir du 16 octobre 1892, directeur de ladite École.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. Bordier, docteur en médecine est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893 d'un cours d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — La question posée à l'épreuve écrite qui a eu lieu mercredi dernier 12 octobre a été : *Diaphragme; Symptômes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire.* — Les autres questions restées dans l'urne étaient : *Plèvre ; Causes, symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente ; Muqueuse intestinale ; Formes cliniques de la fièvre typhoïde.*

Concours de l'Internat en médecine. — *Avis.* — La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria

Amphithéâtre d'Anatomie (année 1892-1893 . *Saison d'hiver.* — MM. les Élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les Travaux anatomiques ont commencé le lundi 10 octobre 1892. Des conférences sur l'Histologie normale et pathologique seront faites par M. le chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — NOTA. Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.* — Voici la liste définitive du jury de l'Internat : MM. Ferrand, Roger, Josias, Hartmann, Broca, Grimard.

La première épreuve a eu lieu [illegible] à l'Hôtel de Ville, salle Saint-Jean. Contrairement aux usages traditionnels la séance d'ouverture s'est faite dans un calme parfait. Le nombre des concurrents s'élève cette année à [illegible].

Concours pour l'Externat. — La liste du jury de l'Externat est la suivante : MM. [illegible], [illegible]-Renoy, Marfan, Boary, Chaput, [illegible], Peyrot.

Il y a [illegible] concurrents inscrits.

ASILE SAINT-YON (Seine-Inférieure). — Une place d'interne en médecine est vacante à l'Asile d'aliénés de Saint-Yon, près Rouen. Les candidats doivent produire un certificat de scolarité. Aux termes du règlement on exige 16 inscriptions et 21 ans d'âge. Les internes sont nommés pour 3 ans et leur traitement est de 700 fr. la première année, 800 la deuxième et 900 la troisième. Ils sont [illegible] à l'Asile Saint-[illegible], [illegible] à l'Asile Quatre-Mares [illegible].

A PROPOS DE L'ASSAINISSEMENT DE LA SEINE. — [illegible] : « Vos [illegible] de Seine-et-Oise n'ont pas le sens commun. Les [illegible] les [illegible] n'est-il pas convenu qu'on les [illegible] — Je comprends, on [illegible] la Seine, et les Anglais n'auront plus qu'à *assainir* la Tamise ! » (*[illegible]* du 3 octobre).

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL NECKER. — *Cours de gynécologie.* — L'enseignement de M. le Pr LE DENTU sera complété par un cours pratique de Gynécologie fait par M. le Dr PICHEVIN, chef des Travaux Gynécologiques. La première série commencera dans la troisième semaine du mois d'octobre. *Lundi et Mercredi*, à 9 heures : Examen des malades à la Salle [illegible] et traitement des affections gynécologiques. Opérations sur l'appareil génital. Endoscopie utérine. [illegible], etc., etc. — *Jeudi*, à 9 heures : Laparotomie et opérations gynécologiques. *Mardi* et *Samedi :* Diagnostic des maladies de l'appareil génital de la femme, de 9 heures à midi, à la consultation externe. Deux fois par semaine, dans l'après-midi, manœuvres opératoires et examen de pièces anatomiques au laboratoire de la Clinique chirurgicale. Si le nombre des élèves l'exige, des cours spéciaux pour le Diagnostic et le Traitement des affections gynécologiques auront lieu le soir à 4 heures 1/2 à la Clinique chirurgicale de Necker, Salle Lenoir. Prière de s'inscrire d'avance.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Voici la liste des décorations remises, au cours des réceptions, à Lille, cette semaine : *Officiers de l'instruction publique :* MM. Demartres, doyen de la Faculté des sciences de Lille ; Gaillard, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie. — Par arrêté ministériel en date du 1er octobre 1892, M. le Dr Marinelli, médecin adjoint de l'École de R[illegible], a été nommé officier d'Académie.

HOPITAUX DE LYON. — *Concours pour des places de médecins des hôpitaux.* — L'Administration des hospices civils de Lyon annonce [illegible] concours pour une place de médecin des hôpitaux, [illegible], à l'Hôtel-Dieu, le lundi 20 mars 1893, à huit heures du matin.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE A LILLE. — *La visite aux hôpitaux.* — La visite des hôpitaux (devoir charitable auquel le président ne manque jamais quand il voyage) a eu lieu à Lille, comme d'ordinaire. M. Carnot s'est rendu d'abord à l'*hôpital militaire*, [illegible] a été offert par l'Union des femmes de France pour Mme Carnot, puis à l'*hôpital Saint-Sauveur* où il a remis une médaille d'or à la sœur Marguerite, Mme Delevoix, qui, depuis trente-trois ans, est dans le même service. Les étudiants et médecins ont fait au président de la République un chaleureux accueil. En se rendant à l'*hôpital de la Charité*, le président de la République s'est arrêté un instant aux Facultés de droit et des lettres. — Dans un amphithéâtre étaient réunis les étudiants qui ont [illegible] de vigoureux cris de « Vive la République ! »

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 2 octobre 1892, M. RIGEBERT, médecin de 1re classe de la marine, en retraite, a été nommé médecin de 1re classe dans la réserve de l'armée de mer.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Edouard FARNER, [illegible] des [illegible] de Paris, membre de la [illegible] collaborateur au *Progrès médical*. M. le Dr Farner [illegible] un [illegible] connaissait à fond l'histoire de la médecine. Ses études sur Rabelais, sur [illegible], sur Ambroise Paré, etc., etc., comptent parmi les plus documentées, les plus originales, les mieux écrites

de celles que nous possédions. Il est mort à Chaville, âgé de 66 ans. Un de nos confrères rappelait avec raison que Turner était de la même promotion d'internat que MM. Charcot, Tarnier, Peter, Axenfeld, Vulpian, etc. — On annonce la mort de M. BOURREL, vétérinaire très connu, chevalier de la Légion d'honneur. M. Bourrel, qui était vice-président de la Société protectrice des animaux, avait une réputation méritée comme vétérinaire pour les petits animaux. Il avait créé une clinique à leur usage. Entre autres applications ingénieuses, il avait imaginé, avant les découvertes de M. Pasteur, une sorte de prophylaxie de la rage par l'émoussement des dents pointues des chiens. — M. le Dr MARCHAL, (de Lorouin, Lorraine annexée), décédé à l'âge de 83 ans, après y avoir exercé la médecine pendant près de 60 ans. Il laisse un cabinet anatomique et des tableaux météorologiques. — M. le Dr Albert CARESME, ancien interne des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, médecin de la gare de l'Est, à Paris, décédé à Pont-à-Mousson, à l'âge de 58 ans. — M. le Dr TEXIER (de Paris). — M. le Dr VERJON (de Plombières). — M. le Dr VILLAIN-LEGRAND (d'Anvers-sur-Oise). — M. le Dr VIOLAND (de Tonnerre). — M. le Dr WIDHENT (de Fiennes). — M. le Dr DEHARGUE (de Vouvant, Vendée), reçu en 1861, décédé le 18 septembre 1892. — M. le Dr de LORDE, qui s'est noyé dans le port de Dieppe. — M. le Dr SAINT-MARCEL (de Bourg-la-Reine). — M. le Dr BOUCHARD (de Dôle), reçu en 1862. — M. le Dr ROUX-SENOUILHET, de Viviers (Ardèche), reçu en 1855, décédé à Aubenas le 26 septembre, à l'age de 66 ans. — M. le Dr PIASECKI, médecin des Forges et Chantiers de la Méditerranée et chef du service de l'hospice est mort cette semaine au Havre. Le docteur Piasecki, bien que souffrant lui-même, avait, au plus fort de l'épidémie, prodigué aux malades ses soins et son dévouement. Les trois mille ouvriers des Forges et Chantiers et ceux de la manufacture des tabacs avaient, tout récemment, adressé au maire et au sous-préfet une requête dans laquelle ils demandaient la croix de la Légion d'honneur pour prix de ce dévouement. La municipalité du Havre a décidé que la dépouille mortelle du docteur Piasecki, mort victime du devoir, reposerait dans une concession à perpétuité donnée gratuitement par la ville. — On annonce la mort de M. COMBE, étudiant en médecine, externe à l'hôpital Trousseau, qui a succombé hier à une affection diphtérique, contractée à l'hôpital en donnant ses soins aux malades. — M. le Dr ONANOFF, bien connu des neuro-pathologistes français, vient de succomber en Russie, dans les environs de Varsovie, à une terrible attaque de choléra. On sait que M. Onanoff était un des élèves les plus distingués de l'Ecole de la Salpêtrière et qu'on lui doit des travaux très intéressants. Nous nous bornerons à rappeler qu'il a récemment publié avec notre collaborateur, M. le Dr Blocq, un petit traité de *Séméiologie des maladies nerveuses*. — M. le Dr MAGERY, ancien élève des hôpitaux civil de Bruxelles, tué près de Riba-Riba (Congo) par les Arabes, médecin de l'expédition Hodister, partie en Afrique en décembre 1891. — M. le Dr LACOMBE, décédé à Périgueux à l'age de 80 ans.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchement.* — Enseignement obstétrical, clinique et théorique (1892-93).

Enseignement clinique : M. le Dr P. BUDIN, chef de service, tous les jours à 9 heures. — Mardi, jeudi, samedi : Lecture des observations et interrogatoire des élèves. —Jeudi à 10 heures 1/2 : Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Les élèves seront dirigés dans la pratique des accouchements par des moniteurs.

Enseignement théorique et manœuvres opératoires : M. le Dr BONNAIRE, accoucheur des hôpitaux. Leçons : Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir. — Ouverture du cours de M. le Dr Bonnaire, le mardi 18 octobre, à 5 heures du soir. — Conférences par M. le Dr LEGRY, chef de laboratoire du service. Chaque période d'enseignement complet durera deux mois et demi environ.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Samedi.* Visite du service de M. BOURNEVILLE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN,
104, boulevard Saint-Germain.

BINET (A.). — Les altérations de la personnalité. Volume in-8, cartonné, de 325 pages. — Prix. . . . . 6 fr.

Librairie G. MASSON,
120, boulevard Saint-Germain.

ROUSSY. — Recherches expérimentales sur la pathogénie de la fièvre. Théorie générale sur la nature et les rôles physiologique, pathogène et thérapeutique des diastases ou ferments solubles. Brochure in-4 de 34 pages.

BRANDS (F.). — Contribution à l'histoire de l'assistance des aliénés. Brochure in-8 de 67 pages. — Paris, 1892. — Imprimerie H. Jouve.

Librairie G. STEINHEIL,
2, rue Casimir-Delavigne.

AUDIBERT (A.). — De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse (Etudiée plus spécialement chez l'enfant). Volume in-8, 189 pages.

GRANDE ENCYCLOPÉDIE. — L'*Etain* est un métal connu depuis la plus haute antiquité, il a joué dans le monde un rôle des plus utiles. On en trouvera l'intéressante histoire dans la 385e livraison de la *Grande Encyclopédie*, où M. Ed. BOURGOIN traite des propriétés physiques et chimiques de l'*Etain*, où M. Charles GIRARD fait connaître son emploi dans l'industrie et son importance commerciale, où le Dr HAHN dévoile sa toxicologie et où M. CAIX DE ST-AMOUR suit son évolution à travers les siècles. Prix de chaque livraison : 1 franc. Une feuille-spécimen est envoyée gratuitement sur demande. H. LAMIRAULT et Cie, 61, rue de Rennes, Paris.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 43. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 22 OCTOBRE 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Leçons sur les Aortites (1);

par Henri HUCHARD, médecin de l'Hôpital Bichat.

AORTITE AIGUE ET SUBAIGUE (*Suite*) (2).

(2e Leçon.)

Voici encore deux autres observations à peu près semblables à celles que je viens de rapporter :

Il s'agit d'abord d'un homme de soixante ans, dépourvu d'antécédents diathésiques, ayant été atteint tout au plus de quelques douleurs rhumatoïdes, chez lequel j'ai constaté par une sévère enquête l'absence d'habitudes alcooliques, mais qui chaque jour buvait un litre de café (circonstance à noter parce qu'elle peut avoir son importance étiologique).

Dès 1881, il est sujet à des palpitations de cœur avec accès d'oppression provoqués par les efforts musculaires. Il fait à cette époque un séjour à l'hôpital Necker, d'où il sort quelque temps après, très amélioré. Pendant quatre mois, l'amélioration persiste et on pouvait le croire guéri. Il n'en était rien ; bientôt les mêmes accidents se reproduisirent, et il s'y joignit une sensation de brûlure épigastrique. Peu de temps après, le malade quitte de nouveau l'hôpital, dans un état de guérison apparente. Enfin, en février 1883, il entre dans mon service.

Mais avant d'aller plus loin, laissez-moi m'arrêter un instant sur l'évolution de ces accidents. Ces alternatives d'accalmies et d'aggravations méritent d'attirer toute notre attention. En effet, l'aortite est avant tout une *maladie à répétition* ; son processus symptomatique en témoigne, et notre malade qui entrait pour la troisième fois à l'hôpital était sous le coup d'une de ces poussées spéciales à cette affection.

Tout d'abord, vous avez été frappés par la pâleur de son visage et l'aspect de sa physionomie qui traduisait une expression de douleur. La dyspnée était continue, tout en s'exagérant parfois sous forme d'accès paroxystiques ; il accusait un sentiment de barre, de déchirure et de brûlure sous-sternale, et de temps en temps des crises épigastriques. Celles ci sont très particulières, car elles surviennent en l'absence de toute affection stomacale et sont analogues, par leurs caractères cliniques et leur nature, aux douleurs rétro-sternales ressenties par les malades. Du reste, l'examen des divers organes enlevait tous les doutes.

En effet, aux signes fonctionnels précédents s'ajoutaient: un bruit de souffle de la base, souffle fort, à la fois systolique et diastolique ; une augmentation de la matité normale, indice d'une dilatation de ce vaisseau ; enfin, l'élévation des battements des sous-clavières.

Après une atténuation passagère de tous ces accidents, ceux-ci subissent bientôt une nouvelle recrudescence ; il se fait encore une autre poussée d'aortite ; la dyspnée devient alors extrême, l'asystolie s'installe peu à peu, les extrémités s'infiltrent, les cavités cardiaques se dilatent, les battements du cœur s'affaiblissent progressivement, et le malade succombe un mois après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie, sur laquelle je n'ai pas à m'étendre, vint confirmer le diagnostic d'aortite aiguë. On trouva sans doute des lésions chroniques représentées par des plaques athéromateuses, mais les lésions récentes était prédominantes et se traduisaient par des plaques gélatiniformes et molles très nombreuses siégeant surtout au niveau de la crosse aortique.

Voici un autre malade, âgé de trente-neuf ans, alcoolique et légèrement rhumatisant. La maladie avait débuté en décembre 1882 par des palpitations et par de la dyspnée en montant les escaliers et sous l'influence de mouvements. C'était donc une dyspnée d'effort à laquelle se joignait parfois une tendance à la syncope. Le séjour à l'hôpital fut de courte durée, et il en sortit très amélioré. Le 30 janvier 1883 il rentre de nouveau dans mon service et l'on constate à la base un double souffle diastolique et systolique. Sous l'influence du traitement laitage, iodure de potassium, trinitrine, ventouses scarifiées sur la région cardio-aortique, la plupart des accidents disparaissent, la dyspnée et les douleurs rétro-sternales s'atténuent, et le malade encore une fois quitte l'hôpital.

Le 9 octobre 1883, il est admis pour la troisième fois dans mon service ; on constate alors de l'œdème des membres inférieurs, le pouls radial est bondissant, les artères du cou battent avec violence. Le malade se plaint de vertiges, d'éblouissements, d'un sentiment de barre transversale dans la poitrine et de déchirure rétro-sternale, et il présente de temps en temps, sous l'influence des mouvements et des efforts, de véritables accès angineux. Le facies est pâle et terreux, les urines contiennent pour la première fois de l'albumine, il y a de la congestion pulmonaire et des signes de dilatation aortique ; les accidents asystoliques s'accusent de jour en jour, et la mort survient au bout d'un mois.

A l'autopsie, on trouve : une dilatation aortique ; des plaques athéromateuses anciennes et surtout des lésions inflammatoires plus récentes, symptomatiques d'une aortite aiguë de la crosse (plaques molles et gélatiniformes). Le cœur hypertrophié est le siège d'une sclérose dystrophique très étendue, les artères coronaires sont atteintes d'endartérite, surtout celle de droite, qui est presque oblitérée à son origine et qui présente sur son parcours des rétrécissements nombreux. Enfin, les reins présentent toutes les altérations de la néphrite interstitielle.

Dans ce cas, la maladie avait successivement présenté, en plus des manifestations aortiques, des accidents cardiaques et rénaux, et, comme dans l'observation précédente, il existait des lésions anatomiques, en corrélation parfaite avec l'appareil symtomatique.

Le début et l'évolution de l'aortite ne sont pas toujours très nets. Tant en conservant ses caractères particuliers d'intensité, les symptômes sont parfois peu nombreux. Parmi eux, il faut ranger l'angine de poitrine qui peut être le seul signe par lequel se traduit l'existence d'une aortite. Mais il est inexact de dire avec Léger que l'angor pectoris joue un si grand rôle dans l'ensemble symptomatique que l'on ne peut trouver de fait où il ne se soit pas présenté. Or, dans les cas où l'aortite est limitée à la crosse aortique, comme j'en ai cité des exemples, dans les cas où les artères coronaires sont absolument saines avec complète perméabilité de leurs ouvertures, le syndrome angineux est toujours absent.

Il est utile maintenant d'établir le diagnostic avec les maladies qui peuvent simuler plus ou moins l'aortite aiguë.

Quand il s'agit de la variété que j'ai décrite sous le nom d'aortite oblitérante, on observe quelques symptômes, tels que l'oppression habituelle, les accès douloureux, et surtout l'inégalité des deux pouls radiaux par rétrécissement

(1) Extrait de la 2e édition des *Leçons de clinique et thérapeutique sur les maladies du cœur et des vaisseaux* (Paris, octobre 1892, Doin, éditeur).

(2) Voir *Progrès Médical*, nos 37, 39, 41 et 42.

d'une des sous-clavières. Parfois même, l'un des deux pouls radiaux peut être lent lorsque la sous-clavière est complètement oblitérée. Aussi Stokes, dans sa mention de l'aortite goutteuse, a-t-il eu raison de dire que parfois cette affection pouvait être confondue avec l'*anévrisme de l'aorte*, d'autant plus qu'il existe des cas où l'aortite avec simple dilatation du vaisseau s'accompagne de troubles pupillaires (myosis, inégalité pupillaire, etc.). Mais alors, tout le diagnostic repose sur les phénomènes de compression ordinaires à cette dernière affection.

L'histoire de l'angine de poitrine vraie est tellement liée à celle de l'aortite, que la survenance d'un accès angineux peut et doit le plus souvent vous autoriser à diagnostiquer l'existence d'une inflammation de l'aorte. Ne vous y trompez pas cependant, et voyez d'abord s'il ne s'agit pas d'une de ces *pseudo*-angines fréquentes chez les hystériques, les neurasthéniques, les dyspeptiques, etc., et qui ne sont nullement symptomatiques d'une aortite. Je vous renvoie à mes leçons sur les angines de poitrine pour ce diagnostic si important.

Il me semble impossible de confondre l'*endocardite* avec l'aortite aiguë. En effet, la première de ces affections est à peine douloureuse, elle ne présente pas de symptômes angineux, aucun signe de dilatation de l'aorte, les accidents dyspnéiques ont une intensité beaucoup moindre, enfin elle survient le plus souvent dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Néanmoins, le diagnostic peut présenter quelques difficultés lorsque l'aortite aiguë survient dans le cours d'une endocardite rhumatismale, par suite de l'extension de l'inflammation de l'endocarde à l'aorte, comme Léger en a donné une bonne observation. Dans ce cas, la dyspnée qui était seulement modérée prend tout à coup une intensité très grande, et l'on voit survenir des douleurs rétrosternales et même des crises angineuses qui permettent d'établir sûrement la diagnostic.

Lorsque l'aortite s'accompagne d'une grande prostration des forces avec état général grave et symptômes typhoïdes, dans les cas très rares et encore contestés où, se terminant par suppuration, elle donne lieu à des frissons répétés et à une fièvre plus ou moins intense, on pourrait croire à une *endocardite ulcéreuse*. Mais, dans cette dernière affection, l'absence de dilatation de l'aorte et de phénomènes douloureux ou angineux, l'existence d'une fièvre ordinairement très accusée, et la moindre intensité des accidents dyspnéiques, lèvent tous les doutes. Néanmoins, il ne faut pas oublier que l'aortite peut prendre aussi le caractère ulcéreux et infectieux.

Pour la *péricardite*, affection rarement primitive, le plus souvent secondaire, le diagnostic peut présenter d'assez grandes difficultés, d'autant plus qu'elle est parfois un des phénomènes de début de l'aortite aiguë, et qu'à l'état isolé elle peut donner lieu à des douleurs rétro-sternales assez vives rappelant celles do l'angine de poitrine, comme Andral en a signalé deux exemples intéressants. A ce sujet, il est permis de se demander si, dans ces cas de péricardites à forme angineuse, la maladie ne s'est pas développée consécutivement à une inflammation aiguë ou chronique de l'aorte, ou si elle n'a pas évolué chez des malades porteurs de lésions méconnues des artères coronaires. En supposant même que les observations auxquelles je fais allusion soient à l'abri de toute contestation, le diagnostic est toujours possible, en raison des symptômes de dilatation de l'aorte qui n'existent pas dans le cours des péricardites.

Un diagnostic que je ne trouve pas signalé, est relatif à la confusion que l'on peut établir avec un *goitre exophtalmique* à son début, et cependant je possède trois observations où l'erreur a été commise par les meilleurs cliniciens. Dans sa première période qui peut avoir une durée de plusieurs mois, la maladie de Parry-Graves peut se traduire, en l'absence de toute exophtalmie et d'hypertrophie thyroïdienne, par des accès de palpitations et de tachycardie, par des douleurs pseudo-angineuses, des battements artériels du cou, avec élévation des sous-clavières symptomatique d'une légère ectasie aortique, et encore par des accès de dyspnée. Rien n'y manque, comme vous le voyez, pas même l'absence de fièvre, symptôme commun à ces deux affections.

Dans un cas que j'ai observé en ville avec Potain et l'un de mes confrères, le diagnostic était d'autant plus difficile que la malade portait depuis un temps indéterminé un petit goitre simple. Je crus d'abord au développement d'un goitre exophtalmique fruste, et je n'arrivai au diagnostic — qui se confirma par la suite — qu'en m'appuyant sur l'intensité des accès dyspnéiques, sur la forme des accidents douloureux, sur l'existence d'une angine de poitrine vraie (très rare dans la maladie de Parry-Graves où l'on n'observe le plus souvent que des accès pseudo-angineux), enfin sur la production de souffles de rétrécissement avec insuffisance aortique et sur les symptômes graves d'insuffisance myocardique, avec œdème considérable des membres inférieurs, albuminurie, etc., auxquels la malade finit par succomber au bout de quatre mois.

Dans le second cas, le diagnostic était d'autant plus difficile que la malade — atteinte réellement cette fois d'un goitre exophtalmique — présentait un souffle diastolique à la base du cœur. Or, à ce sujet, je ne saurais trop vous répéter qu'il y a des souffles diastoliques de la base sans insuffisance aortique comme il y a des insuffisances aortiques sans souffle diastolique. Chez cette malade, j'ai pu me convaincre que celui-ci présentait tous les caractères d'un bruit extra-cardiaque, tel qu'on en rencontre souvent chez les névropathes et les anémiques.

Pour établir ce diagnostic parfois si difficile entre le goitre exophtalmique fruste et l'aortite aiguë ou subaiguë, je ne vois guère que l'existence dans la première affection de ce tremblement fibrillaire, généralisé et tout à fait caractéristique sur lequel Guéneau de Mussy, comme vous le savez, a appelé le premier l'attention. Et cependant, il ne faut pas oublier que dans l'artério-sclérose avec ou sans aortite, on peut constater parfois, en l'absence d'alcoolisme et par le fait même de l'artérite généralisée qui diminue considérablement le débit sanguin dans tout le système musculaire (1), une sorte de tremblement qui peut laisser pendant de longs mois le diagnostic en suspens, comme cela est arrivé dans le troisième cas que j'ai observé sur un malade de M. Blanc (de Douai).

On voit donc, par ces exemples, que l'on peut commettre deux sortes d'erreurs de diagnostic : prendre une aortite pour un goitre exophtalmique et réciproquement.

Enfin, le diagnostic doit être établi avec la *phtisie* pulmonaire.

Je vous ai dit que dans la cardio-sclérose, dans l'aortite aiguë ou chronique, on voit parfois survenir des congestions pulmonaires actives qui, par leur localisation fréquente à la partie supérieure de la poitrine à l'un des deux sommets, peuvent faire croire à une évolution tuberculeuse. Lorsque ces hyperémies s'accompagnent d'hémoptysie, de toux, de sueurs, de fièvre, d'amaigrissement consécutif à cette cachexie artérielle dont l'évolution est parfois très rapide, on conçoit parfaitement que cet appareil symptomatique offre une ressemblance assez frappante avec celui de la phtisie pulmonaire. Mais, dans ces cas encore, le diagnostic doit s'établir non seulement par l'examen bacillaire des crachats, mais aussi par l'existence de phénomènes cardio-aortiques (dilatation de l'aorte, accidents douloureux ou angineux, œdème des membres inférieurs, etc.). J'ai observé deux faits de ce genre, et quelques auteurs ont publié quelques observations semblables (2).

(1) De même que l'endartérite coronaire produit la sclérose dystrophique du cœur, l'endartérite périphérique doit aboutir à la même lésion du système musculaire de la vie de relation, C'est là un point que des recherches ultérieures devront établir.

(2) Duflocq. — *Soc. anat.*, 1883. — E. Laplace. — Contribution à l'étude des formes cardio-pulmonaires de l'aortite (*Thèse inaug.*, *Montpellier*, 1886).

Il faut, bien entendu, distinguer ces cas de ceux où l'aortite et la tuberculose pulmonaire coexistent chez le même malade, comme j'en donnerai plus loin une observation.

Il s'agirait maintenant d'établir le *siège* de l'aortite. Lorsque celle-ci est localisée à la crosse de l'aorte, laissant presque intact le segment ascendant du vaisseau où se trouvent les ouvertures des artères coronaires, les accidents angineux font toujours défaut, et l'on constate surtout les symptômes de rétrécissement ou d'oblitération des artères collatérales : vertiges, étourdissements, lipothymies et syncopes quand l'aortite oblitérante intéresse l'une des carotides; inégalité des pouls radiaux, disparition du pouls radial d'un côté quand elle intéresse l'ouverture des sous-clavières.

Quand l'inflammation de l'aorte est surtout localisée à sa portion descendante, — ce qui est rare, mais possible, puisqu'on en a cité des exemples, — on constate d'abord l'absence de tout bruit anormal à la base du cœur, et l'on entend quelquefois en arrière, à gauche de l colonne vertébrale, depuis la quatrième dorsale jusqu'à la bifurcation de l'aorte, un souffle systolique plus ou moins râpeux et intense pouvant s'étendre en avant jusqu'au niveau de l'appendice xyphoïde, où il simule les caractères d'un souffle tricuspidien. Aussi, ce souffle xyphoïdien peut être le résultat de la propagation d'un souffle aortique postérieur. On le distinguera du souffle imputable à l'insuffisance tricuspidienne par les caractères suivants : il est plus dur et plus râpeux, et de plus il présente son maximum d'intensité à la partie postérieure du thorax. Mais, lorsque le souffle de l'aortite thoracique coexiste avec celui de l'insuffisance triglochine, il est encore possible de le distinguer d'après Jaccoud : car, ce souffle « unique quant à la continuité, présente, quant à ses qualités de force et de timbre, deux parties distinctes, une première faible et moelleuse (insuffisance tricuspidienne), une seconde partie forte et râpeuse (aortite thoracique). » Cette distinction a une réelle importance : elle démontre que dans l'aortite le souffle xyphoïdien ne signifie pas toujours insuffisance tricuspidienne, et que l'on commettrait une double erreur de diagnostic et de pronostic bientôt aggravée par une erreur de thérapeutique, puisque l'on conclurait ainsi à des troubles de compensation qui n'existent pas encore.

A ce sujet, je me souviens d'un malade que j'ai observé en ville, il y a quelques années. Il était atteint d'une aortite presque généralisée ; à la base du cœur, le premier bruit était soufflant, le second bruit un peu prolongé ; il n'y avait pas d'œdème des membres inférieurs, pas de congestions viscérales, aucune trace de reflux veineux dans les jugulaires, pas de signes de dilatation du cœur droit, et cependant on entendait très manifestement un bruit de souffle au niveau et un peu à droite de l'appendice xyphoïde. Plusieurs de mes confrères avaient conclu à l'existence d'une insuffisance tricuspidienne, je partageais également leur avis, quand je remarquai les caractères de ce bruit qui s'entendait au niveau de la colonne vertébrale, qui était dur et râpeux (ce qui n'existe pas pour l'insuffisance tricuspidienne fonctionnelle dans laquelle le bruit morbide est au contraire très doux et ressemble plutôt à un faible murmure). Le malade éprouvait encore des douleurs dorsales très vives dont j'ai remarqué depuis longtemps la fréquence dans l'inflammation de l'aorte descendante.

Pour terminer cette question de « l'aortite aiguë et subaiguë », je devrais maintenant vous parler de son traitement. Je l'établirai dans la leçon suivante après la description de l'aortite chronique. (*A suivre*.)

Distinctions honorifiques. — M. Bourgeois a décerné, au cours de son voyage à Tours, les palmes d'officiers de l'instruction publique au docteur Ledouble, professeur d'anatomie à l'École de Médecine.

OPHTHALMOLOGIE

Trois cas d'ophtalmies blennorrhagiques consécutives à l'inoculation du pus de vulvo-vaginites chez de jeunes enfants ;

par V. Morax, interne des hôpitaux.

L'étiologie des vulvo-vaginites des jeunes enfants a bénéficié de la découverte du gonococcus et la plupart des auteurs qui ont examiné le pus de ces vaginites y ont constaté la présence du gonocoque de Neisser. Mais on sait que le diagnostic de cette espèce microbienne se fait seulement par les caractères de colorabilité et de groupement. Les cultures et l'inoculation ne peuvent fournir leur apport que par les résultats négatifs qu'elles donnent. — D'autre part la nature des vulvo-vaginites soulève une question importante de médecine légale et, au début des recherches bactériologiques, on avait conclu de la présence du gonocoque dans l'écoulement vulvo-vaginal à la nécessité d'une contagion directe et de rapports criminels. — Mais de nombreux faits vinrent démontrer l'inexactitude de cette conclusion. Chez des jeunes malades atteintes de vulvo-vaginites qui n'avaient été l'objet d'aucun attentat, on reconnut la présence du gonocoque. MM. Vibert et Bordas constatèrent la présence du gonocoque chez des jeunes filles violées par des individus qui n'avaient aucun écoulement uréthral et ils s'autorisèrent de ce fait pour nier toute spécificité à l'organisme de Neisser. — Mais ces auteurs sont peu explicites sur leurs observations et sur les preuves du viol. Or on sait que la goutte militaire contient encore des gonocoques capables de donner lieu par contagion à des manifestations blennorrhagiques typiques. De nombreux auteurs avaient déjà démontré que la contamination pouvait se faire en dehors des rapports sexuels, par le contact des mains, des linges et objets de toilette, etc. M. Comby, dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux (juillet 1891), a insisté sur ces différents modes de contagion. Malgré cela, nombre de médecins professent encore un certain scepticisme au sujet de la spécificité du gonococcus et de la nature blennorrhagique de la plupart des vulvo-vaginites des enfants. Nous croyons cependant que l'observation clinique peut fournir dans certains cas la démonstration que la bactériologie est encore impuissante à donner. Le virus blennorrhagique détermine, en dehors de ses effets sur les organes génito-urinaires, des inflammations spécifiques de la conjonctive et des articulations chez l'homme. L'ophtalmie, le rhumatisme blennorrhagique peuvent donc constituer dans certains cas un critère qui viendra s'ajouter aux résultats de l'examen bactériologique.

M. Béclère a rapporté des cas de rhumatisme blennorrhagique survenant au cours de vulvo-vaginites chez des jeunes filles victimes ou non d'attentat. Nous avons eu l'occasion d'observer dans le cours de ces deux dernières années 3 jeunes enfants atteints d'ophtalmie blennorrhagiques consécutives à l'inoculation accidentelle de pus de vulvo-vaginites. Dans ces 3 cas la vulvo-vaginite n'avait pas été provoquée par des manœuvres criminelles. Ces malades se sont présentées à la clinique du Dr Parinaud et il nous a paru intéressant de publier ces faits au point de vue clinique et bactériologique.

Observation I. — Marguerite Ler..., 7 ans, se présente le 13 juillet 1892 à la clinique du Dr Parinaud pour une ophtalmie purulente intense de l'œil gauche et lésions de la cornée. — L'enfant a toujours eu une santé parfaite et n'a jamais eu d'affections oculaires. Elle raconte que le 11 juillet, en revenant de l'école, à midi, elle s'amusait avec une fillette de 4 ans. Celle-ci, dans un geste un peu brusque, atteignit de l'extrémité du doigt l'œil gauche de notre malade. Au premier instant il n'y eut qu'un peu de douleur, mais dans l'après-midi la conjonctive s'injecta et l'œil devint douloureux et larmoyant. Le lendemain, en se réveillant, les paupières du côté gauche étaient tuméfiées et agglutinées par leurs bords. Une sécrétion muco-purulente assez abondante occupait déjà les culs-de-sacs

conjonctivaux. Les douleurs étaient très intenses. La malade accusait de l'inappétence et un léger mouvement fébrile. — Comme traitement la mère fait des lavages de l'œil avec de l'eau boriquée. Sur le conseil de son médecin elle vient à la clinique 2 jours après le début. On constate une ophtalmie purulente caractérisée avec sécrétion purulente jaune grisâtre abondante, chémosis assez marqué et infiltration grisâtre de la cornée un peu au-dessous du centre de cet organe. — Les paupières sont œdématiées.

Le ganglion préauriculaire du côté correspondant est volumineux et sensible à la palpation. L'examen bactériologique de la sécrétion purulente montre la présence de cocci ayant tous les caractères du gonocoque de Neisser : Groupement intracellulaire, décoloration par la méthode de Gram, résultat négatif de culture sur les milieux ordinaires. — Nous examinons soigneusement l'enfant au point de vue de la vulvo-vaginite, mais elle ne présente aucun écoulement vaginal. Il n'en existe pas non plus chez la mère et la sœur de l'enfant. Nous apprenons par contre que la fillette de 4 ans qui a donné le coup est atteinte depuis 3 semaines d'un écoulement vulvo-vaginal abondant tachant son linge en vert. Nous n'avons malheureusement pas pu faire l'examen bactériologique du pus de cette vulvo-vaginite. Les parents de l'enfant attribuent cette vulvo-vaginite à la masturbation. — Le traitement institué consiste en cautérisations avec la solution de nitrate d'argent au 1/50e en lavages boriqués et en instillations de collyre au sublimé et à la cocaïne. Le 16 juillet l'œil droit est atteint, tandis que l'état de l'œil gauche s'améliore. Le 18 juillet l'infiltration de la cornée est plus limitée, il n'existe pas de lésions cornéennes à droite et des deux côtés la sécrétion purulente est moins abondante. Les phénomènes douloureux sont encore très marqués. On constate encore la présence du gonocoque dans les deux yeux.

Le 19 *juillet* la cornée est perforée un peu au-dessus de son centre et il s'est produit une synéchie antérieure. Le 22 juillet, l'amélioration est très marquée du côté de la cornée et des conjonctives, mais l'enfant est abattue. Elle accuse des phénomènes douloureux dans les grandes articulations, mais surtout dans le genou gauche. La peau est chaude, il existe un léger mouvement fébrile. Le lendemain, les phénomènes douloureux se sont localisés uniquement dans le genou gauche, rendant la marche et la station impossibles. Le genou est immobilisé et tuméfié. On constate une hydarthrose assez marquée. La sécrétion purulente est très faible et l'état de la cornée gauche est satisfaisant. On prescrit le repos absolu et l'enveloppement ouaté. Le 1er août, l'hydarthrose a disparu complètement; l'enfant est venue à pied à la clinique. L'œil droit est guéri; à gauche il persiste encore une taie cornéenne. L'enfant a été revue le 18 septembre. Elle se porte très bien, la taie de la cornée gauche a beaucoup diminué et, en raison de son siège excentrique, gêne relativement peu la vision.

Observation II. — Thérèse Mer..., 4 ans. Ophtalmie purulente, vulvo-vaginite. — Cette fillette est en convalescence de coqueluche. Elle a été atteinte le 14 juillet d'une vulvo-vaginite avec écoulement purulent abondant, tachant le linge en jaune. Au point de vue de l'étiologie de cette vulvo-vaginite, la mère nous apprend que l'enfant n'a pas quitté le lit depuis deux mois et qu'elle n'a pas fréquenté l'école depuis ce temps. La malade a trois sœurs qui couchent dans la même chambre et se servent du même linge de toilette. L'une d'entre elles, âgée de 17 ans, est atteinte de vaginite blennorrhagique tachant son linge en jaune. — Le 20 juillet, l'œil droit est rouge et douloureux, les paupières tuméfiées. La tuméfaction augmente le lendemain, à tel point que l'ouverture des paupières est impossible, les douleurs sont violentes et la sécrétion purulente très abondante. Cette sécrétion est épaisse, jaune grisâtre. La mère a remarqué que le jour où l'ophtalmie s'est déclarée, l'écoulement vulvo-vaginal a notablement diminué. Le 22 juillet, nous voyons la malade et constatons une ophtalmie purulente typique de l'œil droit, avec chémosis et adénopathie préauriculaire assez marquée. Le traitement est institué de suite. Le 25 juillet il se produit une légère infiltration de la cornée qui disparaît rapidement sous l'influence du traitement. Le 1er août, la guérison est complète et il ne reste aucune lésion oculaire. La vulvo-vaginite n'a pas encore complètement disparu. — L'examen du pus vulvo-vaginal et conjonctival a montré la présence du gonocoque de Neisser.

Observation III. — Charlotte Me..., 4 ans 1/2. — Ophtalmie purulente datant de 8 jours. Vulvo-vaginite depuis un mois. L'enfant a toujours eu une santé parfaite. Il y a deux mois, la mère entrait à Lariboisière pour subir une opération abdominale et, pendant son séjour à l'hôpital, ses deux enfants étaient placés aux Enfants-Assistés. C'est à leur retour à la maison que la mère s'est aperçue que ses deux filles étaient atteintes de vulvo-vaginite. L'écoulement était assez abondant et tachait le linge en jaune. Cet écoulement a débuté pendant leur séjour à l'hospice et persista encore le jour où la malade se présenta à la consultation. — Il y a huit jours, la sœur aînée, âgée de 4 ans 1/2, a éprouvé quelques picotements dans l'œil droit et un léger mouvement fébrile. Le lendemain, les paupières étaient collées et un écoulement purulent assez abondant a commencé à se produire. Actuellement les paupières de l'œil droit sont tuméfiées, violacées. La conjonctive est injectée et sécrète un pus jaune grisâtre très abondant. Il n'y a pas de complication cornéenne. Le ganglion préauriculaire est un peu tuméfié et douloureux.

L'examen du pus des vulvo-vaginites chez ces deux enfants fait reconnaître la présence du gonococcus de Neisser et c'est ce microorganisme que l'on retrouve aussi à l'état de pureté dans la sécrétion purulente de l'œil droit.

Le traitement a consisté en instillations de nitrate d'argent au 1/50e, et en lavages boriqués. L'affection est restée localisée à l'œil droit, et, 15 jours après le début du traitement, l'inflammation conjonctivale avait disparu. Sous l'influence d'injections boriquées la vulvo-vaginite avait diminué d'intensité mais n'avait pas encore complètement disparu.

Nous ne prétendons pas trancher la question de l'étiologie des vulvo-vaginites, mais nous désirons attirer l'attention sur les quelques conclusions que l'on peut tirer de ces observations. Dans notre premier cas nous voyons le transport du virus blennorrhagique se faire par le doigt d'une enfant atteinte de vulvo-vaginite sur une conjonctive saine et provoquer une ophtalmie typique avec lésions cornéennes suivie d'un rhumatisme blennorrhagique. Le gonocoque a été constaté dans le pus de la conjonctive. La vulvo-vaginite n'était pas consécutive à un viol. — Dans les deux autres observations nous voyons la vulvo-vaginite apparaître dans un cas par contagion durant un séjour aux Enfants-Assistés, dans l'autre elle se développe pendant la convalescence d'une coqueluche et la contagion se fait par l'intermédiaire d'un linge de toilette. Chez nos deux malades, l'ophtalmie blennorrhagique débute à droite et affecte une allure typique. Le gonocoque se retrouve également dans le pus conjonctival et dans le pus vulvo-vaginal. La nature blennorrhagique de la vulvo-vaginite est donc démontrée par la clinique et par le microscope.

Cette complication oculaire des vulvo-vaginites des enfants n'a pas été fréquemment étudiée. Nous sommes persuadés cependant qu'elle n'est pas très rare et que si l'on prenait soin d'examiner attentivement tous les cas que l'on range sous la dénomination générale d'ophtalmie purulente, on y trouverait souvent le gonocoque pour cause et une vulvo-vaginite comme point de départ. Dans la relation d'une épidémie de vulvo-vaginites qui s'est développée de travers chez de jeunes enfants, le Dr Suchard signale deux cas d'ophtalmie purulente compliquant la vulvo-vaginite ; mais guidé par cette idée ancienne que toute sécrétion de la muqueuse vaginale peut, inoculée à la conjonctive, donner naissance à une ophtalmie, cet auteur n'a pas su y reconnaître une manifestation du virus blennorrhagique. — Les ophtalmologistes connaissent cependant cette ophtalmie coïncidant avec la vaginite et le désignent sous le nom de conjonctivite leucorrhéique. Ainsi que nous venons de le voir, il n'y a pas lieu d'en faire un type particulier. Ces conjonctivites sont causées par le gonocoque et doivent rentrer dans le cadre de l'ophtalmie blennorrhagique. Au point de vue du pronostic, les cas que nous avons rapportés témoignent de la gravité possible de l'affection qui habituellement est plus bénigne que l'ophtalmie blennorrhagique des adultes.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le travail des aliénés.

Dernièrement, sous la signature de « L'Huissier du Préfet », la *France* a publié la note suivante :

« On ne se contente pas de mal hospitaliser les aliénés à Bicêtre. On ne leur donne aucun moyen de posséder un métier qui leur serve après guérison. Il n'y a pas un seul atelier dans les trois premières sections.

« Dans le service du docteur Bourneville, le mieux organisé, il y en a, mais les enfants, à 18 ans, passent de force dans la section des adultes, où il n'y en a plus.

« Incapables donc de gagner leur vie, ils doivent mourir de faim ou perdre le bénéfice de l'éducation professionnelle qu'ils ont reçue.

« C'est pourquoi on garde, comme à Vaucluse, des jeunes gens qui ne demanderaient qu'à travailler dehors. Est-ce alors la peine de leur promettre un métier ? » L'Huissier du Préfet.

Il est certain que dans les hôpitaux et les asiles on n'utilise pas les hospitalisés autant qu'il conviendrait au point de vue du traitement et du bien-être des malades et au point de vue des finances départementales. Les hospitalisés devraient tous, dans la mesure de leurs forces, travailler dans les ateliers, les jardins et les champs des établissements hospitaliers, toujours au bénéfice des maisons, et on ne devrait jamais tolérer qu'ils aillent travailler chez des particuliers au détriment des ouvriers du dehors.

En ce qui concerne les trois sections des aliénés de Bicêtre, si les malades ne sont pas employés autant qu'ils devraient l'être, ce n'est pas faute d'ateliers, mais par suite d'un vice d'organisation. Certains chefs d'ateliers de l'hospice, certains surveillants ou surveillantes des services généraux n'ayant jamais été au service des aliénés, en ont peur ou les renvoient à la moindre incartade. Les médecins n'ont aucune autorité, en dehors de leur service ; ils ne peuvent contraindre les chefs d'ateliers ou les surveillants des services généraux de reprendre et d'occuper les malades renvoyés. Pour remédier à cet état de choses, il faudrait, ainsi que nous l'avons dit souvent et encore tout récemment au Congrès de Blois, faire remplir le rôle d'infirmier et d'infirmière dans les sections d'aliénés aux chefs d'ateliers et aux surveillants en question, afin de leur faire connaître ces malades, voir, par l'exemple des médecins, des internes, des surveillants et des infirmiers habitués à les soigner, qu'il ne faut pas attacher d'importance aux gestes, aux menaces, aux injures même de ces malheureux. Il appartient donc à l'Administration centrale de l'assistance publique de donner des instructions pour mettre un terme à une pratique défectueuse dont se plaignent avec raison les médecins.

Pour ce qui est de nos enfants qui, à l'âge de 18 ans, passent réglementairement, à moins d'arrêt de développement, dans les sections d'adultes, il est vrai que très souvent, autrefois, ils n'allaient pas travailler dans les ateliers de l'hospice et y exercer la profession que nos maîtres de l'enseignement professionnel avaient eu tant de peine à leur apprendre; mais dans ces dernières années, le directeur, M. Perron, s'est efforcé de les faire utiliser dans une certaine proportion. De ce côté cependant il y a encore des lacunes, il faudrait des ordres formels pour faire cesser les exceptions. Une entente entre nos collègues et le directeur nous paraît facile puisqu'il s'agit de l'intérêt des malades et de l'intérêt de l'hospice. B.

Chirurgiens des Lycées. — M. le Dr Eugène Rochard vient d'être nommé chirurgien du lycée Louis-le-Grand, en remplacement de M. le Dr Désormeaux.

Le futur Congrès de Médecine.

La *Société médicale des Hôpitaux* vient encore de faire un coup de maître. Oyez plutôt ce que conte la *Gazette des Hôpitaux* dans un de ses derniers numéros (1):

« M. le Dr Huchard avait proposé à la Société médicale des Hôpitaux de fonder un Congrès national annuel de Médecine, semblable au Congrès de Chirurgie, dont le succès est incontestable. Il voulait grouper les médecins de langue française et leur offrir un centre de réunion et de publication.

« M. Rendu a combattu ce projet, en disant que les Congrès étaient déjà trop nombreux, que trop nombreuses aussi étaient les voies de publication. Les journaux sont en nombre excessif et il n'y a point d'apparence qu'à notre époque des médecins restent sans pouvoir publier des travaux de quelque valeur.

« L'idée du Congrès a été rejetée à une forte majorité. »

Il y a vraiment des gens qui ont le talent indiscutable de ne rien comprendre à leurs intérêts.

Comment la *Société médicale des Hôpitaux* de Paris n'a-t-elle pas compris que l'idée d'un Congrès de Médecine était dans l'air depuis longtemps, et cela partout, depuis surtout le succès incontesté de nos Congrès de Chirurgie ? Comment n'a-t-elle pas soupçonné que c'était à elle, dans cette circonstance, à se mettre franchement en avant, comme la *Société de Chirurgie* ? Ce serait tout simplement inconcevable, si l'on ne connaissait les petites méchancetés humaines...

Il faut, comme la plupart des médecins des hôpitaux de Paris, n'avoir que peu voyagé en France, n'avoir jamais fréquenté le petit médecin des villes, parfois travailleur acharné et mourant à la peine sans avoir jamais eu la maigre satisfaction de soumettre à ses confrères des idées qu'il croit justes et qu'il est au moins prudent d'entendre avant de les condamner. Ou plutôt il faut vouloir l'écraser, de parti pris, sous l'égide d'une centralisation à outrance, pour avoir osé prendre une telle résolution. C'est, d'ailleurs, un peu la coutume chez nous...

Ne nous étonnons donc pas trop. Peut-être même ne doit-on s'en prendre qu'à la façon dont l'affaire a été lancée ? Pour nous, nous ne pouvons que regretter qu'une idée généreuse soit constamment entravée, au moment où elle se fait jour, par des considérations de personnes d'importance très secondaire.

On a mêlé les journaux, les revues à cette tentative d'organisation d'un Congrès. Et pourquoi? Pour en critiquer le nombre. On aura beau protester : la statue du Dr Théophraste Renaudot, fondateur de la *Gazette de France* et du Journalisme, s'élèvera bientôt face à l'Hôtel-Dieu. Voudrait-on nous ramener au temps de Guy-Patin ?

Il ne s'agit pas là d'une publication de plus. Un Congrès, c'est avant tout une réunion d'hommes ayant les mêmes goûts, les mêmes habitudes, les mêmes besoins, les mêmes intérêts. Qu'on plaisante ou non ces « foires scientifiques » : elles ont déjà joué un assez joli rôle dans l'histoire de la science pour qu'il soit difficile de les faire disparaître. Que ceux qui ont intérêt à ce qu'elles n'existent pas fassent l'impossible pour arrêter leur essor : rien de mieux, rien de

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 18 octobre 1892.

plus faciles à comprendre. Mais qu'on permette au moins aux autres, qui en ont depuis longtemps apprécié les bienfaits, de faire, sur ce sujet, connaître le fond de leur pensée.

Puisque la *Société médicale des Hôpitaux de Paris* refuse de prendre une initiative aussi méritoire, de descendre vers les humbles, de tendre la main aux petits, il arrivera certainement, bientôt, le jour où des personnalités plus remuantes ne craindront pas de prendre en main la statue de la Routine et de la jeter à la Seine, par-dessus le pont Saint-Michel, tout cela sans un trop long préambule. C'est une loi humaine.

Voilà ce qu'aura gagné la *Société médicale des Hôpitaux* qui s'apercevra alors, mais un peu tard, comme toujours, qu'elle s'est laissée couper l'herbe sous les pieds. Il y a plusieurs mois déjà nous causions longuement, avec des amis parisiens, de la possibilité d'un Congrès de ce genre : tous en saisissaient l'opportunité. Ces vacances dernières, au cours d'une tournée dans le Midi et dans l'Ouest de la France, on nous a bien des fois posé la même question : « A quand le futur Congrès français de Médecine? » Naïf, nous répondions : « Espérance ! »

Aujourd'hui, l'affaire est enterrée, et même avec pompe! Ayons pourtant confiance en l'avenir, — mais en un avenir assez éloigné, — puisque, de l'avis de nos maîtres, les exemples que nous avons sous les yeux ne sont pas encore assez probants. Certains Français descendent décidément de ceux qui ont des yeux pour ne point voir. Un naturaliste a dit que ces animaux-là étaient souvent en voie de dégénérescence. Marcel BAUDOUIN.

Des admissions d'urgence dans les hôpitaux : État de mal épileptique.

Dans son numéro du 16 octobre, la *Justice* rapporte le fait suivant :

« Un sieur Emile Boucher, âgé de quarante-trois ans, courtier, demeurant 109, rue de Grenelle, s'affaissait hier matin, vers dix heures, dans la rue Geoffroy-Lasnier, en proie à une attaque d'épilepsie.

« Le malade fut transporté au poste de police de la mairie où des soins lui furent donnés. Une demi-heure plus tard, M. Boucher, éprouvant un mieux sensible, se remettait en route. Quelques pas plus loin, à l'angle des rues d'Arcole et de Tiroy, le malheureux, pris d'une nouvelle crise, retombait de nouveau à terre.

« On le transporta à l'Hôtel-Dieu et on le déposa dans la salle d'attente de l'hôpital. On eut grand'peine à décider un interne à venir examiner le malade. Mais il refusa de s'occuper de lui, sous prétexte que l'on ne soignait pas les épileptiques dans les hôpitaux. Peu de temps après, M. Boucher succombait »

Ce fait ne constitue pas malheureusement une exception. Il arrive en effet que, de temps en temps, les journaux en signalent d'analogues. Lorsqu'il s'agit d'un malade épileptique comme celui dont parle la *Justice*, les internes de garde ne devraient pas hésiter à le recevoir. La situation de ces malades est des plus pénibles, car le plus souvent ils sont sans travail, étant renvoyés des ateliers dès qu'ils y ont été frappés de leur mal. La plupart du temps, la crise finie, le malade se relève plus ou moins hébété, mais ne cherche pas à se faire admettre à l'hôpital et rentre chez lui. D'autres fois, l'accès laisse une perturbation profonde et, alors, il a besoin de secours immédiats. La température s'élève brusquement et le malade peut succomber en quelques heures. Tel est probablement le cas du malade de l'Hôtel-Dieu. L'état de mal, cette complication terrible de l'épilepsie, peut, en effet, être constitué par un très petit nombre d'accès, 2 ou 3 comme chez le malade de l'Hôtel-Dieu.

D'ailleurs, qu'il s'agisse d'un épileptique, de tout autre malade, d'un vieillard, d'un miséreux et même d'un ivrogne, mieux vaut le recevoir et lui donner l'hospitalité. Une fois couché, il est très facile de l'examiner avec beaucoup plus de soin que dans une salle d'attente, souvent très mal disposée (1). Si la personne admise n'a rien, le lendemain le chef de service la renvoie sous sa responsabilité. En procédant comme nous le conseillons, l'interne de garde fait toujours acte d'humanité et il évite de fournir un motif de blame à l'administration ; enfin il ne compromet pas le bon renom de l'internat. B.

Utilisation agricole des eaux d'égout : Les légumes sont-ils nuisibles?

Les adversaires du Tout à l'Egout et de l'utilisation agricole des eaux d'égout ont prétendu que les légumes produits par ce mode de culture étaient de mauvaise qualité et pouvaient même offrir des dangers pour la santé publique. Le danger était surtout grand quand il s'agissait des légumes ou fruits que l'on mange habituellement crus (radis, salades, artichauts, fraises, etc.). Cette singulière erreur a été défendue même par des gens qui ont vu les champs de Gennevilliers et constaté que l'on n'arrose jamais les plantes avec l'eau d'égout, qu'elle coule dans les raies qui entourent les billons où poussent les plantes. On a aussi été jusqu'à prétendre que les microbes pathogènes pénétraient dans la pulpe des radis, des oignons, etc. Comme pour faire disparaître les préjugés, même les plus contraires au bon sens, il faut toujours répéter les raisons qui en démontrent le mal-fondé, nous croyons utile de reproduire un passage très intéressant du rapport de notre ami M. le Pr Cornil sur ce point particulier :

« On nous a dit que la qualité des légumes était inférieure à celle des mêmes produits venus avec d'autres fumures. Nous avons constaté, au contraire, qu'ils étaient très beaux et bons. Nous en avons emporté un jour une provision dans mon laboratoire où leur pulpe a été soumise à l'examen micro-biologique. Avec l'aide de mes préparateurs, MM. Chantemesse et Widal, nous avons fait des ensemencements de la pulpe de navets, carottes, radis, oignons, etc., et nous avons constaté que cette pulpe ne contenait aucun germe, aucun microbe susceptible de pulluler sur des milieux nutritifs appropriés. M. Grancher, collaborateur de M. Pasteur, a fait, de son côté, des expériences analogues et il est arrivé au même résultat! (Rapport du Comité consultatif d'hygiène de France). M. Grancher a même arrosé avec des bouillons de microbes de la fièvre typhoïde la terre où il avait ensemencé des radis, et il a constaté que la pulpe de ces radis ne contenait aucun microbe de la fièvre typhoïde. Bien que ces faits découlent naturellement de tout ce que M. Pasteur nous a appris sur la résistance des tissus vivants à l'entrée des micro-organismes, il était nécessaire de le constater à nouveau pour les légumes de Gennevilliers. »

Ces recherches précises et faites par des savants dont personne ne contestera la compétence contribueront peut-être à faire disparaître le préjugé auquel nous avons fait allusion. Il est certain que si l'interpellation parlementaire pouvait être faite dans la plaine de Gennevilliers ou dans les jardins de la Maison de Nanterre et de l'Asile d'aliénés de Ville-Evrard, la discussion ne serait pas longue, car, en présence de la végétation luxuriante de

(1) Nous avons bien des fois signalé l'organisation très défectueuse des services de consultation des hôpitaux et en particulier des salles d'attente des malades et la nécessité pour le Conseil municipal de fournir les fonds nécessaires pour y remédier.

ces champs et de ces jardins, en face de leurs magnifiques produits, l'opinion serait vite faite. On pourrait la compléter expérimentalement en offrant là aux Députés un banquet végétarien dont le menu serait composé des légumes et des fruits provenant de la culture par les eaux d'égout. Ils se convaincraient, comme M. et Mme Thiers, que ces légumes et ces fruits n'ont aucune « mauvaise odeur. »

Enfin, en faveur de notre thèse, nous croyons utile de rappeler les opinions de l'illustre Liebig et de la Commission anglaise de 1853. « L'agriculture anglaise, écrit-il, est un vampire; elle fait le vide des engrais sur tous les marchés du monde, et elle laisse couler à la mer un torrent de fécondité; la ruine est au bout d'une pareille dilapidation. »

La Commission anglaise dit avec une colère qui rappelle celle de Liebig : « C'est un scandale que dans la région où s'entasse le huitième de la population de l'Angleterre et où les besoins de la vie absorbent le huitième des productions et des importations du pays, on laisse couler aux rivières, pour infecter l'air et les eaux, une richesse d'engrais de 6 millions de francs par chaque million d'habitants. »

Ce côté économique et social mérite aussi d'être pris en sérieuse considération par ceux qui ont souci de la richesse de leur pays et du bien être de leurs concitoyens.

BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 octobre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. DUCHARTRE.

M. H. ROGER. — *Les phénomènes inhibitoires du choc nerveux.* — Le choc est un état morbide qui peut se produire à la suite de fortes excitations du système nerveux et qui est caractérisé par un ensemble d'actes inhibitoires, dont un seul, l'arrêt des échanges entre le sang et les tissus, semble constant et indispensable. Le choc nerveux, dont le choc traumatique représente la variété la mieux connue, peut être produit par des excitations qui portent, soit directement sur les centres, soit indirectement par l'intermédiaire des nerfs périphériques ou de leurs terminaisons. Chez le cobaye, l'arrachement du sciatique produit l'arrêt des échanges et entraîne la mort en quelques minutes avec un ralentissement énorme des mouvements respiratoires. On peut obtenir les mêmes effets en appliquant du chloroforme sur la peau, en plongeant les animaux dans l'eau glacée, en injectant du perchlorure de fer dans le péritoine, etc. Mais l'arrêt des échanges peut survenir parfois à la suite d'excitations légères (dénudation de la carotide, incision de la peau). L'étude de l'arret des échanges permet de comprendre le mécanisme des manifestations qui caractérisent le choc nerveux. L'activité nutritive étant inhibée, les tissus ne produisent presque plus de l'acide carbonique ; aussi le sang reste-t-il rouge dans les veines ; en même temps la température organique s'abaisse de 1 ou 2°, quelquefois plus. Le sang n'étant que peu chargé d'acide carbonique, les centres de la respiration ne sont pas suffisamment excités ; aussi le nombre et l'amplitude des mouvements respiratoires diminuent-ils. Enfin, par suite de l'arrêt des échanges, le passage des substances toxiques du sang dans les tissus devient impossible.

Chez ces malades, l'alcool, l'opium ne produisent aucun choc ; chez la grenouille, mise en état de choc par écrasement brusque de la tete, la strychnine injectee dans les veines ne détermine pas de troubles et pourtant la circulation persiste et les centres médullaires, loin d'être paralysés, sont plus excitables que normalement. Le choc produit aussi des phénomènes dynamogeniques ; chez la grenouille, par exemple, l'excitabilité musculaire augmente notablement. Les phénomènes qui caractérisent le choc résultent d'une excitation des centres nerveux et particulièrement du bulbe et non d'un épuisement, c'est ce qui explique pourquoi le choc est surtout fréquent chez les sujets adultes, chez les gens vigoureux et dans le sexe masculin. Quand on soumet un animal à une série de causes capables d'amener le choc, on constate que les effets produits diminuent de gravité à chaque nouvelle excitation. Le choc nerveux est le résultat de violentes excitations qui agissent sur les centres, directement ou par l'intermédiaire des nerfs centripètes. Il se caractérise par un ensemble de modifications des méninges (dynamogénie et inhibition) portant sur toutes les parties constituantes de l'organisme ; le phénomène capital est représenté par l'arrêt des échanges, ayant pour conséquence une diminution dans la production de l'acide carbonique et secondairement un abaissement de la température, un ralentissement de la respiration et parfois de la circulation.

MORAX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 octobre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. CHAUVEAU communique une note de M. le Dr FERRAN (de Barcelone) sur la *vaccination anticholérique.* Elle se divise en deux parties. D'abord, M. Ferran revendique la priorité dans la question de la vaccination par les virus atténués; il rappelle ses travaux depuis 1885 sur ce sujet. Ensuite, il propose, comme moyen de vaccination en grand, l'ensemencement des réservoirs et conduites d'eau par des microbes atténués. Chaque habitant de la ville où on aura pratiqué cet ensemencement en sera quitte pour une cholérine légère qui suffit à vacciner du choléra. La clinique démontre en effet que la cholérine préserve d'une atteinte plus grave. M. Chauvel ajoute à cette note quelques commentaires. Tout en reconnaissant les droits de priorité de M. Ferran et en déclarant que ses premiers travaux ont été jugés d'une façon trop légère, il ne faut pas qu'on puisse accepter l'idée d'empoisonner, même d'une façon atténuée, les eaux potables, surtout étant données les difficultés du dosage du microbe ensemencé.

M. LAVERAN appuie fortement ces conclusions ; il est selon lui d'autant plus imprudent de contaminer les eaux potables que le vulgaire n'a déjà que trop l'idée d'accuser les médecins d'empoisonner les sources ; et l'on a vu récemment, en Russie, à quels excès cette idée a porté des populations ignorantes.

M. FÉRÉ communique l'observation d'un paralytique général qui était sujet à des phenomènes d'*ivresse mécanique* ; c'est-à-dire que, sans aucun excès de boisson, il présentait tous les symptômes de l'ébriété, à l'occasion d'un travail mecanique un peu fatigant. C'est ainsi que, à la suite d'une partie de chasse, le malade était à peu près fatalement pris de cette sorte d'ivresse.

M. GALEZOWSKI relate une observation d'*achromatopsie partielle monoculaire* chez un hystérique. Il pense que ce trouble circonscrit est dû à une altération spéciale des cônes et des bâtonnets de la rétine.

M. GIRODE fait deux communications relatives à la *bactériologie du choléra* : 1° Au cours de l'épidémie actuelle, M. Girode a pu examiner, à l'hôpital Beaujon, 78 cas de choléra. Il a retrouvé dans la plupart de ces cas un bacille en virgule que, dès le mois d'avril de la présente année, il assimilait au bacille de Koch. Seulement ce bacille, qui présentait toutes les réactions indiquées par Koch, ne ressemblait pas aux exemplaires cultivés depuis plus ou moins longtemps dans les laboratoires, ce qui explique l'hésitation mise par l'auteur à affirmer plus tôt son opinion. Les cas bénins contenaient exactement le même bacille que les cas graves, et, fait important à noter, on retrouvait le microbe dans les selles les plus diverses, riziformes, brunes, vertes, glaireuses, etc. Il n'y aurait donc pas lieu de le rechercher spécialement dans telle ou telle

déjection. — 2° Le microbe du choléra ne reste pas cantonné dans l'intestin, mais il envahit très fréquemment les voies biliaires, la vésicule d'abord, dans les gros troncs biliaires, enfin on peut le retrouver dans les voies plus étroites et au niveau de taches congestives qui parsèment le foie des cholériques. Enfin, dans un cas, le pancréas était envahi, ses canaux contenaient un liquide louche dans lequel on constatait la présence du bacille virgule. Une infection biliaire et pancréatique peut donc se surajouter avec toutes ses complications à l'infection du tube digestif.

M. Retterer dépose deux notes de M. Debierre (de Lille). La première est relative à une question de revendication de priorité déjà portée devant la Société, qui décide aujourd'hui de ne plus s'en occuper ; la seconde porte sur la *fossette occipitale*.

M. Hédon (de Montpellier) adresse une note sur la *greffe sous-cutanée du pancréas* ; il rappelle ses droits de priorité et ajoute que la création d'une fistule destinée à écouler le liquide sécrété par le pancréas greffé en ectopie lui paraît inutile et dangereuse, quoi qu'en aient dit MM. Gley et Thiroloix dans une note antérieure.

M. Nepveu (de Marseille) adresse une note sur les *vaisseaux capillaires* dans le foie des paludiques.

M. Perron (de Toulouse) adresse une note sur la *nutrition dans l'hystérie* où il conteste la valeur de la formule de l'inversion des phosphates, due à MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau.

M. D'Arsonval lit une communication préalable de M. Apostoli sur les *applications des courants sinusoïdaux en gynécologie*.

M. Lajard. — *Sur des troubles trophiques des ongles, des cheveux et des dents spéciaux aux cagots* (1). — J'ai noté chez les cagots des troubles trophiques des cheveux et des ongles. C'est une population dont l'origine est discutée qui habite plusieurs villages des Basses-Pyrénées et qui est regardée comme paria : ils habitent souvent un quartier à part, ont une place spéciale à l'église, et, quand ils sortent dans la rue, on les siffle pour les éviter.

J'ai trouvé quatorze observations de familles de Salies-de-Béarn où cette altération se transmettait héréditairement. Les sujets ont congénitalement des ongles hypertrophiés, analogues aux ongles séniles, et une alopécie relative ou absolue : les cheveux, les sourcils et les cils étant rares ou manquant complètement. Ces altérations ne se transmettent pas à tous les membres d'une même famille, les uns pouvant être indemnes, les autres atteints.

Une famille, celle des L..., a des troubles de la dentition. Les dents poussent en nombre inférieur à la normale et la diminution porte surtout sur les deux incisives latérales supérieures et inférieures. L'étude histologique des ongles n'a rien fourni de particulier. Il n'y a pas de végétaux parasites (trichophyton) ni bacilles colorables par les différentes méthodes usitées en bactériologie. L'hypertrophie des ongles empêche des soins de propreté et amène de fréquentes tournioles entre l'ongle et la peau. Les cagots appellent cette maladie « le mal blanc. » Ils ont également une vive sensibilité de la pulpe sous-onguéale à l'eau froide. Les cagots n'offrent ces altérations qu'à Salies et quelques villages des environs (Andrein, Baigt, Charre, Charrite) où existent des sources salées et des dépôts de sel. Partout ailleurs les cagots sont sains. D'où l'opinion répandue chez quelques lettrés que les cagots de Salies ne doivent pas être regardés comme de vrais cagots : ils s'appuient aussi sur ce fait qu'ils ne logent pas en un quartier séparé mais sont disséminés dans la ville. M. Lajard pense qu'il s'agit bien de cagots car la population de Salies les traite comme tels et les regarde comme des parias. Ils exercent les professions de tonneliers, tanneurs, tourneurs de chaises, menuisiers, qui sont depuis plusieurs siècles spéciales aux cagots.

Plusieurs auteurs ont soutenu que les cagots étaient des descendants des lépreux. Le soin avec lequel on les évite, au point que dans les églises existe pour eux un bénitier spécial, le nom même de cagot, qui se rapproche du terme espagnol *gagot*, qui signifie lépreux, confirme cette manière de voir. En Bretagne, où existaient aussi des populations de parias nommées cagots, le terme *kakod* signifie lèpre. Les altérations des ongles et l'alopécie des cagots de Salies deviendraient alors de la lèpre atténuée : on sait que les enfants qui naissent lépreux offrent des altérations semblables.

(1) Note présentée par M. Felix Regnault.

Sans se prononcer absolument pour l'affirmative, il faut néanmoins citer quelques nouveaux faits en faveur de cette opinion. Il y aurait encore dans les Landes quelques cas de lèpre et j'ai trouvé à Andrein, près Salies, chez une cagote, un cas de maladie de Morvan parfaitement caractérisé. Or, on sait que M. Zambacco regarde les Bretons malades de Morvan comme des lépreux. La question demande de nouvelles recherches. Il existe des cimetières de cagots ; des fouilles bien conduites, où l'on trouverait des altérations osseuses communes chez les lépreux (destruction partielle des phalanges, etc.), résoudraient la question. Malheureusement, l'opposition des autorités municipales m'ont jusqu'à présent rendu ces tentatives impossibles. A. Pilliet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 octobre. — Présidence de M. Desnos.

M. Dieulafoy, dans un cas désespéré d'*urémie avec anurie* et après échec complet de la médication classique, s'est cru autorisé à injecter au malade un *liquide organique tiré de la substance corticale du rein*. Bien que le malade, après une amélioration incontestable et assez singulière à la suite de ces injections, ait succombé, le fait n'en mérite pas moins d'être rapporté. Il s'agit d'un malade de 43 ans, entré à l'hôpital pour accidents dyspnéiques, datant d'environ deux mois et ayant augmenté progressivement au point d'empêcher le sommeil. A l'examen le malade présente les signes d'un mal de Bright à forme dyspnéique, à marche insidieuse et aboutissant à des accidents urémiques sans que rien dans les antécédents du malade puisse expliquer cet état.

Régime lacté absolu et tisane de lactose. Au bout de 3 jours disparition de l'œdème et de la dyspnée, mais la quantité d'urines rendue reste au-dessous de la normale, ce qui n'était pas d'un bon pronostic. Bientôt la dyspnée reparaît et s'accompagne d'œdème brightique aigu du poumon. Oligurie, puis anurie complète. La vessie ne contient pas une goutte d'urine. Etat semi-comateux. Le malade peut à peine boire quelques gorgées de lait et de tisane lactique. Ventouses scarifiées, puis saignée de 250 grammes qui entraîne une syncope assez sérieuse. Le lendemain la respiration est presque libre ; l'anurie absolue persiste, le malade répond à peine. En même temps apparition sur la figure d'une poudre blanchâtre qui n'est autre chose que de l'urée : ce signe est d'un sinistre augure dans l'urémie. Le malade ne pouvant presque plus boire, on lui donne dans la journée 12 lavements composés chacun de 100 grammes d'eau, 10 grammes de lactose, 2 grammes de vin diurétique de Trousseau.

Température à peu près normale. C'est alors que, pour rétablir le cours des urines, on tenta les injections sous-cutanées d'un liquide tiré de la substance corticale du rein. L'anurie datait de 5 jours quand furent faites les deux premières injections de 0,50 centigrammes de *néphrine* de cobaye. Le lendemain anurie toujours absolue, coma plus accentué, diarrhée, sueurs d'urée. Respiration plus libre, presque plus de râles. Dans la journée 3 injections à deux heures et demie d'intervalle formant en tout 3 grammes 50 de *néphrine* de bœuf. Légère amélioration. Le jour suivant, 8 septembre, mêmes sueurs. Le matin à 10 heures deux injections de 0.50 chacune. Le malade semble se réveiller et absorbe les trois quarts d'un biberon de lait. Les injections sont continuées dans la journée toutes les 2 heures jusqu'à la dose de 6 grammes. Elles paraissent douloureuses, mais après chaque injection le malade semble sortir un peu de sa torpeur et peut boire un peu de lait ou de lactose. 500 grammes de lait injectés par la sonde sont presque aussitôt rejetés. Le 9, depuis le milieu de la nuit, la situation est meilleure, le malade spontanément demande à boire. Le rein fonctionne car on retire au moyen de la sonde 650 grammes d'urine. Disparition du coma et des sueurs d'urée. Le malade est gai. Respiration normale, les selles restent diarrhéiques et involontaires. Pouls à 88 comme les jours précédents, légères irrégularités. Dans la journée hyperesthésie très marquée en diverses régions ; douleurs musculaires aux jambes avec quelques contractures.

Le soir on retire 112 grammes d'urine. Le malade a bu dans la journée deux litres et demi de lait et de lactose. Le 10, réapparition des sueurs d'urée. Moins de raideur et d'hyperesthésie. 350 grammes d'urine claire, légèrement albumineuse

1010 et 1012. Lait et lactose pris avec plaisir. Les injections de néphrine sont continuées toutes les deux heures. Le 11, aggravation; dans la soirée, coma complet, puis apparition de violentes convulsions épileptiformes terminées par la mort au bout de quelques minutes. L'autopsie montre une néphrite mixte avec prédominance des lésions fibreuses. Pas d'athérome. Hypertrophie considérable du ventricule gauche du cœur dont le poids total est de 510 grammes. Traces de péricardite ancienne. Rien d'important aux autres organes. Les particularités à noter de cette observation sont : l'œdème aigu du poumon, rare dans le brightisme; les sueurs d'urée, également rares et d'un pronostic excessivement grave; l'anurie, cause principale des accidents, et d'ailleurs fréquente dans le brightisme, et qui est sous la dépendance non seulement des lésions du rein, mais encore d'une intoxication qui, par moments, modifie ou anéantit ses fonctions. Il est permis d'espérer, d'après cette observation, que les injections de néphrine pourront entrer dans la thérapeutique à titre de diurétique et rendre quelques services dans l'oligurie et l'anurie brightique. Ce serait une application nouvelle de la méthode générale essayée par M. Brown-Séquard et encore à l'étude.

M. Huchard s'est très bien trouvé des larges saignées dans dix ou douze cas d'œdème suraigu qu'il a observés.

M. Merklen a obtenu, par les injections de liquide testiculaire, l'amélioration d'une paraplégie survenue chez un artério-scléreux. Les symptômes de l'artério-sclérose s'amendèrent également.

M. Chantemesse a vu diminuer, par les injections, la raideur musculaire dans quelques cas de paralysie agitante. Chez le malade de M. Merklen l'amélioration a été lente à se produire.

M. Comby a vu un jeune homme, atteint de diabète maigre et qui rendait par vingt-quatre heures 1,000 grammes de sucre et 5 à 6 litres d'urine, se bien trouver des injections de suc pancréatique. Malheureusement il a quitté l'hôpital.

M. Legroux a constaté, chez un enfant de quatre ans atteint de myxœdème, une amélioration manifeste de l'intelligence et du myxœdème à la suite d'injections de suc thyroïdien. Ce petit malade a malheureusement succombé à une diphtérie par contagion. A l'autopsie, absence complète du corps thyroïde. Le thymus situé derrière le sternum était volumineux (1).

M. Ballet présente une malade *hystérique* chez laquelle on constate deux particularités assez rares : 1° une parole scandée comme dans la sclérose en plaques ; 2° surtout une paralysie de la face appréciable seulement, mais alors très nettement, quand la malade parle. Le trouble de la parole actuel a suivi une aphasie typique avec aphonie, mutisme, et, ce qui est très rare dans l'hystérie, agraphie.

Au cours de la séance, la Société a voté, sur la proposition faite par M. Huchard et relative à la fondation d'un *Congrès français de médecine*, analogue au Congrès français de chirurgie. La proposition a été repoussée (2). Dr L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 octobre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

M. le Dr Phocas (de Lille) adresse une observation d'*appendicite suppurée chez l'enfant*, opérée et guérie.

Canule flexible pour trachéotomie.

M. Verneuil. — Il y a longtemps que l'on a adressé des reproches mérités aux principaux modèles de canules pour trachéotomie et qu'on les a accusés d'avoir un calibre, une courbure, une longueur constants, ne correspondant pas aux besoins de la chirurgie journalière. Il y a en effet des cas dans lesquels la trachée subit une déviation considérable et dans lesquels la tige des canules ordinaires cause presque toujours des ennuis ou donne lieu à des accidents aussi graves que l'ulcération du tronc brachio-céphalique, par exemple. Pour surmonter les difficultés qui résultent de l'existence de phénomènes de suffocation, de la présence d'une grosse tumeur, etc., j'ai eu recours deux fois à des canules flexibles d'un type particulier. La première fois, c'était il y a dix ans environ, chez une vieille femme atteinte d'un énorme goitre, cachectique, presque expirante. La trachée avait subi une déviation telle qu'il me fut très difficile de la découvrir sur la partie latérale du cou, où elle décrivait une courbe à concavité gauche très prononcée. La canule que j'employai dans ce cas avait été construite à l'aide d'un fil enroulé en spirale ; il n'y avait de tube rigide en aucune de ses parties. Cet instrument, d'une flexibilité remarquable, n'exerce qu'une pression très douce sur les parties voisines. La malade mourut quelques jours après la trachéotomie.

Mon second cas, qui n'a pas plus de 12 jours, a trait à un homme de 40 ans, atteint d'un sarcome du corps thyroïde. Dans la trachée, mise à nu non sans peine, je plaçai d'abord une canule de Krishaber. La plaie était si profonde que l'instrument ne descendait pas assez bas. Aussi le malade ne respirait-il pas. Je ne vins à bout de cette difficulté qu'en employant ma canule à tube enroulée en spirale. Malgré cela, des syncopes survinrent et mon malade mourut après une heure trois quarts, alors que je le considérais comme sauvé, probablement par suite de la compression qu'exerçait la tumeur sur les voies aériennes intra-thoraciques.

Il y a longtemps qu'on a construit des canules comme celle que je vous présente ; mais, dans ces modèles, le tube n'était pas flexible dans sa totalité. Est-il besoin de citer les modèles de Chassaignac, de Bœckel (1889), de Kœnig (1878)? Dans celui qu'a construit M. Collin, la tige complètement en spirale peut être très longue, et le chirurgien peut en réséquer le tube à la longueur voulue, à l'aide d'une pince de Liston.

M. Périer. — En 1888, j'ai présenté, en mon nom et en celui de M. Gouguenheim, à la *Société de Chirurgie*, une canule à spirale analogue à celle que nous montre M. Verneuil.

Anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme.

M. Terrier. — En 1880, M. Terrillon communiqua à la Société les résultats de ses expériences avec le bromure d'éthyle comme anesthésique. Il insista sur ce fait que l'anesthésie ainsi obtenue durait peu et s'accompagnait de phénomènes spéciaux assez alarmants, d'allure asphyxique (congestion de la face, etc.). Dans la discussion qui suivit, on fut unanime à constater que ce mode d'anesthésie pouvait être employé seulement dans les petites opérations de très courte durée. Or, dans mon service, ces temps-ci, on a expérimenté à nouveau cette substance, mais cela dans le but exclusif de l'employer au début d'une anesthésie devant avoir lieu à l'aide du chloroforme pendant le reste de l'opération, autrement dit comme moyen anesthésique combiné au chloroforme, à la manière des Anglais, qui ont souvent recours à ces anesthésies mixtes (protoxyde d'azote et chloroforme, ou éther, puis chloroforme, etc.). On a recours au bromure d'éthyle à doses massives exclusivement au début, pendant une minute environ, puis on passe de suite au chloroforme. Sur 66 cas, on n'a pas eu d'accidents. De cette façon, l'anesthésie est obtenue en une minute et continuée ensuite très faiblement avec des doses très minimes de chloroforme, doses qui sont encore plus faibles que celles nécessaires avec les procédés décrits par mes élèves, MM. Péraire et Marcel Baudouin (1) ; ce qui n'est pas peu dire.

On emploie cet anesthésique de la façon suivante : Après avoir enduit le visage de vaseline pour éviter des brûlures, on verse sur une compresse une quantité assez grande de bromure et applique sur la figure cette compresse. Le cou se tuméfie, la face se congestionne, la pupille se dilate, et en une minute la cornée est insensible. Alors on change et administre le chloroforme par la méthode des doses faibles et continues, désormais bien connue.

Je trouve ce procédé excellent, car il permet d'abréger la durée de la première période de l'anesthésie.

M. Richelot. — M. Poitou-Duplessis a recours à ce mode d'anesthésie mixte depuis plusieurs années et l'a décrit à la Société d'obstétrique et de gynécologie. D'ailleurs, moi-même

(1) Ce cas de myxœdème, *avec absence de la glande thyroïde*, vient à l'appui de la thèse que nous soutenons, laquelle repose sur des faits déjà nombreux. (B.).

(2) Voir plus haut le Bulletin, p. 305.

(1) Baudouin (M.). — *De la chloroformisation à doses faibles et continues*, 1890.

je l'ai employé souvent dans mon service depuis plus de deux ans. De la sorte, on endort vite et on pare aux accidents réflexes du début de la chloroformisation. A ce propos, je crois devoir mentionner que les piqûres d'atropo-morphine, employées dans le même but, ne m'ont pas donné des résultats probants. Et chez les malades chez lesquels il faut rendre plus facile la chloroformisation (cardiaques, alcooliques, vieillards), je crois qu'il vaut mieux recourir au bromure d'éthyle.

M. Terrillon. — J'ai employé pendant dix-huit mois, à Lourcine, le bromure d'éthyle comme anesthésique ; mais, à la Salpêtrière, j'ai été frappé des phénomènes asphyxiques qu'il produit et l'ai abandonné de peur d'accidents. Je sais qu'à Nancy et dans l'Est on l'emploie beaucoup et qu'il est entré dans la pratique de nombreux chirurgiens étrangers (allemands, américains, etc.). Je dois dire enfin qu'il y a eu des cas de mort. Je suis revenu au chloroforme, qui ne m'a jamais causé d'ennuis.

M. Richelot. — Je me permets de faire remarquer que M Terrillon n'a utilisé que l'anesthésie obtenue à l'aide du bromure d'éthyle employé seul et n'a jamais eu recours à l'anesthésie mixte.

M. Terrier. — En effet, il faut distinguer cette anesthésie mixte de celle dont veut parler M. Terrillon. M. Richelot dit qu'il endort ses malades *à moitié* au bromure, avant de recourir au chloroforme ; à Bichat, on les endort complètement. Je ne sais si ce procédé permettra d'éviter tous les accidents du début de la chloroformisation ; en tous cas, je ne veux pas, sur ce point, être aussi affirmatif que M. Richelot et préfère rester dans le doute Qu'on expérimente cette manière de faire sur une vaste échelle, et l'on pourra alors faire des comparaisons utiles.

Gastro-entérostomie.

M. Schwartz. — Je désire faire quelques remarques à propos de l'opération de gastro-entérostomie que j'ai pratiquée. J'ai été amené à opérer dans un cas où les accidents avaient toute l'allure d'une occlusion aiguë du pylore : intolérance gastrique, refroidissement des extrémités, etc. Certainement mon malade serait mort en 24 heures si je n'étais pas intervenu, et, quoique l'opération ait été suivie d'un décès, je suis certain qu'elle a prolongé la vie de mon opéré. Ce qui fait que mon cas ne doit pas être porté au passif de la gastro-entérostomie. C'est là en effet une bonne opération dans tous les cas où la pylorectomie est impossible. J'ai placé chez mon malade 90 points de suture en 45 minutes et j'ai utilisé avec grand profit l'aiguille à pédale ; mais je n'ai pas fait l'anastomose jéjuno-duodénale. Faut-il préférer la gastro-entérostomie antérieure à la postérieure ? Je ne sais. Faut-il laver auparavant l'estomac ? Je ne le sais trop. Mais je pense qu'on peut, dans tous les cas, avoir recours à la chloroformisation, à condition d'employer la méthode des doses faibles et continues pour éviter les vomissements post-anesthésiques.

M. Reclus — Il me semble que la gastro-entérostomie antérieure est plus facile, et je ne me sens pas disposé à tenter de la postérieure, à faire des trous dans le mésocôlon, etc. L'antérieure est une opération presque extrapéritonéale, simple même. Si les lavages sont possibles et reconnus utiles, je ne crois pas qu'on doive les négliger ; mais ils ne me semblent pas indispensables. Je préfère la cocaïne, car une opération d'une heure sous la cocaïne ne m'effraie pas. La longueur d'une intervention n'a jamais été pour moi une contre-indication à l'emploi de cet anesthésique.

M. Terrier. — J'ai pratiqué la gastro entérostomie et je crois qu'il est important de laver l'estomac du mieux qu'on le peut Il faut faire ce lavage toutes les fois qu'on le peut. La gastro entérostomie antérieure est certainement d'une exécution plus simple, car toute l'opération peut se faire en dehors du ventre Quant aux vomissements qui surviennent après l'opération, je les crois plutôt en rapport avec des prédispositions individuelles qu'avec le mode d'anesthésie employé.

M. Reclus. — Il serait plus simple d'avoir recours à la cocaïne pour les éviter complètement.

M. Pozzi. — J'ai fait il y a 6 ans une gastro-entérostomie postérieure, sans difficulté, et j'ai pu opérer en dehors de la grande cavité péritonéale Il y a certainement intérêt à placer la bouche gastro-entérique de façon à éviter la formation d'un clapier. C'est pour cela qu'avant de bouleverser la médecine opératoire sur cette question, il faut y regarder à deux fois, attendre la publication en France (1) d'un plus grand nombre de faits, et surtout étudier les faits publiés par les chirurgiens étrangers.

M. Terrier. — Je ne suis pas persuadé qu'il vaille mieux placer la bouche gastro-entérique en arrière qu'en avant.

Coup sur le crâne. Plaie du cuir chevelu. Accidents épileptiformes. Trépanation. Guérison.

M. Peyrot. — En juillet 1892, un homme de 39 ans, qui avait au mois de mai précédent reçu un coup sur la tête du côté droit, présente tout à coup des accès de contracture dans le membre supérieur gauche, avec du délire, de l'agitation, des crises épileptiformes, etc. Etat très grave. En août on croit même à des phénomènes inflammatoires du côté du cerveau. Trépanation d'urgence. On ne trouve absolument rien : pas d'enfoncement ni de fracture des os. Suture de la dure-mère et de la peau. Guérison au bout de quelques jours, et cela d'une façon complète. Tous les accidents ont diparu comme par enchantement. J'ignore le mécanisme des accidents et de la guérison.

M. Quénu. — Je vous présente un *réséqué du genou* que j'ai opéré il y a 4 ans ; il marche aussi bien que possible.

M. Poirier présente un malade qu'il a opéré d'une *exstrophie de la vessie.*

Marcel Baudouin.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 17 octobre 1892. — Présidence de M. Brouardel.

M. le Président fournit des renseignements sur le *voyage que M. Proust, M. Thoinot et lui-même ont fait à Marseille*, sur l'invitation de M. le président du Conseil.

« Quand nous sommes arrivés, le dimanche matin, dit M. Brouardel, nous avons trouvé chez notre directeur de la santé l'avis que la Grèce et l'Espagne venaient de mettre les provenances de Marseille en quarantaine. Ce n'est donc pas notre voyage qui a déterminé les mesures dont le commerce s'est plaint. Notre enquête a démontré que l'eau souillée par le voisinage des tinettes et l'eau amenée par le canal de l'Huveaune étaient les principaux véhicules du mal. Le Conseil d'hygiène départemental a déclaré qu'il fallait supprimer immédiatement la canalisation de l'Huveaune et fermer certains puits. La désinfection était insuffisamment faite ; nous avons montré comment elle devait l'être. Aujourd'hui, on peut espérer que l'épidémie touche à sa fin. »

M. Monod dit que, bien qu'aucun cas de choléra n'ait été constaté à Marseille, la Turquie avait mis en quarantaine les provenances de ce port, ce qui a motivé une vive protestation de M. le ministre de l'intérieur. Les mesures tout à fait excessives et injustifiables prises par certains pays, depuis la constatation à Marseille de quelques rares cas de choléra, ont conduit M. le ministre de l'intérieur à intervenir de nouveau auprès de M. le ministre des affaires étrangères, auquel il a adressé la lettre suivante :

Paris, le 14 octobre 1892.

Monsieur le ministre et cher collègue,

L'apparition de quelques cas de choléra à Marseille a motivé de la part des divers pays en relations avec ce port l'application de mesures sanitaires rigoureuses et préjudiciables à son commerce maritime. Cependant le service sanitaire s'est efforcé de donner dans la circonstance toutes les garanties que comportait le souci de la santé publique, en vue de réduire dans la plus large mesure les chances de propagation de la maladie.

En premier lieu, les déclarations relatives à l'état sanitaire de Marseille ont été d'une sincérité absolue : elles continueront à être faites dans les mêmes conditions ; la municipalité, ainsi que je vous l'ai fait connaître, publiera chaque jour le bulletin officiel des décès avec l'indication de ceux provenant de diarrhée suspecte. En second lieu, les navires quittant le port de Marseille sont soumis à un examen préalable s'appliquant aux voyageurs et aux marchandises : aucune personne dont l'état de santé serait suspect n'est embarquée ; les objets susceptibles de transmettre des

(1) Voir à ce propos : Doyen. *Contribution à la chirurgie de l'estomac* ; in *Archives provinciales de Chirurgie*, juillet 1892. On trouvera, dans cet article, la relation de plusieurs cas de *Gastro-entérostomie postérieure*, non mentionnés à la *Société de Chirurgie*.

germes morbigènes sont désinfectés avant l'embarquement; le linge sale est refusé. Dès lors un seul risque reste à courir, celui où une personne serait reçue à bord d'un navire se trouvant en incubation de maladie. Contre ce risque, les ports de destination ont à leur disposition une visite médicale minutieusement opérée à l'arrivée des navires. Si la visite n'a révélé aucun cas suspect à bord, on ne s'expliquerait pas quelles nouvelles garanties viendrait y ajouter une quarantaine plus ou moins longue, surtout lorsque la durée de la traversée a dépassé la période normale assignée à l'incubation cholérique : il est très généralement accepté que celle-ci ne dépasse pas cinq jours. Telle est la limite dans laquelle peuvent se justifier aujourd'hui, en l'état des connaissances scientifiques, les mesures applicables à la navigation maritime dans l'intérêt de la santé publique. Et dans l'espèce aller au delà serait abuser de la sincérité de nos déclarations. Les quarantaines qui viennent d'être imposées contre les provenances de Marseille constituent des mesures absolument excessives, qui portent un tort considérable aux intérêts commerciaux de notre grand port de la Méditerranée et contre lesquelles nous avons le devoir de protester. Je ne doute pas, monsieur le ministre et cher collègue, que vous ne soyez disposé à donner d'urgence à nos différents agents auprès des gouvernements étrangers des instructions dans ce sens. Ils auraient à leur faire connaître les mesures que prend la France à la fois pour éclairer ces gouvernements sur la situation sanitaire de Marseille et en même temps pour protéger leur territoire contre la propagation du fléau. Agréez, monsieur le ministre et cher collègue, l'assurance de ma haute considération.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur,
Emile LOUBET.

M. MONOD, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, rend compte de la *situation sanitaire à l'intérieur :*

Nombre de décès cholériques dans quelques villes depuis le 1er octobre :

DATES	PARIS	SEINE moins Paris.	LE HAVRE	ROUEN	DIEPPE	MARSEILLE
1er octobre......	10	2	0	3	3	0
2 —	10	5	3	0	1	0
3 —	2	2	3	2	0	1
4 —	11	2	0	1	3	0
5 —	7	4	0	0	1	4
6 —	8	4	0	1	1	1
7 —	4	4	1	2	0	4
8 —	6	5	1	1	1	8
9 —	5	3	3	4	2	2
10 —	6	4	2	0	0	1
11 —	3	0	0	1	2	4
12 —	3	1	4	1	0	5
13 —	5	5	1	0	2	1
14 —	5	1	3	0	0	1
15 —	2	3	2	0	1	1
Totaux....	87	45	23	16	17	33

Depuis plusieurs jours, il n'y a pas eu de décès à Cherbourg, ni à Tourlaville, ni au Tréport. Depuis le commencement de l'épidémie, c'est-à-dire depuis le 4 avril jusqu'au 15 octobre, 20 départements et 212 communes ont été atteints. Le nombre des décès a été de 3.184. L'épidémie de 1884-1885 s'était étendue à 35 départements, à 639 communes et avait causé 11.865 décès. Voici comment se répartissent entre les mois les décès de l'épidémie de 1892 :

Avril. — 65 décès dans 2 départements (Seine et Seine-et-Oise) et 12 communes.

Mai. — 28 décès dans 2 départements et 11 communes.

Juin. — 107 décès dans 2 départements et 23 communes.

Juillet. — 466 décès dans 6 départements et 42 communes.

Août. — 841 décès dans 16 départements et 76 communes.

Septembre. — 1.411 décès dans 17 départements et 157 communes.

Du 1er au 15 octobre. — 266 décès dans 10 départements et 53 communes.

Au total : 3.184 décès dans 20 départements et 212 communes.

Voici comment ces 3.184 décès se sont répartis entre les départements. Je présente les départements dans l'ordre des dates où le choléra s'est montré chez eux.

DÉPARTEMENTS	COMMUNES atteintes.	DÉCÈS
Seine................	49	1.694 (dont 839 à Paris)
Seine-et-Oise...........	23	204
Seine-Inférieure.........	61	879
Eure-et-Loir...........	1	57
Eure...............	17	93
Nord...............	12	61
Oise...............	10	47
Pas-de-Calais...........	6	53
Manche..............	6	31
Bouches-du-Rhône........	2	41
Calvados.............	3	17
Meurthe-et-Moselle.......	2	5
Loire-Inférieure.........	1	1
Sarthe..............	1	3
Marne..............	3	3
Meuse..............	2	3
Seine-et-Marne..........	8	10
Somme..............	2	3
Aisne...............	2	4
Vendée..............	1	5

Le 15 octobre même, il n'y a plus eu en France que 7 décès, savoir : 2 à Paris, 2 au Havre, 1 à Dieppe, 1 au Portel, 1 à Marseille. Dans ces conditions, ce n'est sans doute pas être trop optimiste que d'exprimer l'espoir que l'épidémie cholérique à l'intérieur est terminée. Nous continuons la défense de la frontière contre le choléra du dehors.

Le préfet du Puy-de-Dôme signale une *épidémie de fièvre typhoïde* dans la commune de Saint-Amant-Tallende. Population : 1.469 habitants ; 20 malades : 17 femmes, 3 hommes ; 2 décès. « Toutes les personnes atteintes ont fait usage de l'eau d'une ancienne source qui a dû être utilisée par suite du tarissement à peu près complet d'une source venant du lac d'Aydat. Ce tarissement est occasionné, dit-on, par les fouilles exécutées depuis quelques mois pour découvrir le point de départ des eaux de la Veyre. En outre, les malades ont tous fait usage d'un même lait, vendu à Saint-Amant par une laitière qui le transporte de Tallende. Quelques cas de fièvre typhoïde viennent d'être signalés dans ladite commune de Tallende. » Le préfet est invité à rechercher les moyens de rendre aux habitants de Saint-Amant de la bonne eau. *Fièvre typhoïde à Compiègne* : il y a eu 2 décès ; il y a encore 25 malades en traitement. — La *Diphtérie* est signalée au Fugeret, arrondissement de Castellane (Basses-Alpes). La maladie remonte au mois de mai. Le maire n'en a avisé le sous-préfet que le 29 septembre. Des mesures énergiques de désinfection ont été prises et le mal paraît aujourd'hui enrayé. C'est une nouvelle preuve de la nécessité de rendre obligatoire la déclaration des premiers cas de maladies contagieuses.

M. PROUST, inspecteur général, rend compte de la *situation sanitaire à l'étranger.*

Choléra dans l'empire ottoman. — Il n'a plus été constaté de cas de choléra dans les villes de Trébizonde et de Platane depuis plus de vingt jours. Le vilayet d'Erzeroum a fourni une centaine de décès dont quelques-uns dans la ville même d'Erzeroum. D'autres se sont manifestés dans les petites localités situées au voisinage du cercle russe de Kars. Le choléra existe toujours dans l'Yémen (Arabie turque). Du 21 au 29 septembre, on y a relevé 326 décès cholériques, mais seulement dans quelques villes comme Hodéïdah, Zeidieh et Marava.

Mer Rouge. — Au lazaret de l'île de Camaran, plus de 4.000 militaires turcs provenant de l'Yémen et à destination de la Syrie et de Smyrne se trouvaient accumulés à la date du 28 septembre. On avait constaté parmi eux plus de 150 décès cholériques : trois gardiens avaient également succombé au choléra. Il y avait de l'encombrement, une grande panique et des conditions lamentables d'hygiène. On a là à craindre la création d'un foyer épidémique menaçant pour le voisinage et redoutable pour le prochain pèlerinage de La Mecque dont

les premiers arrivages vont commencer bientôt. Il y a, en outre, un péril très grand pour les pays où vont être envoyées ces troupes, c'est-à-dire la Syrie et l'Asie-Mineure. Ce sont déjà des soldats turcs qui ont porté le choléra de la Syrie dans l'Yémen, il y a un an à peu près, à la même époque. On s'étonne d'autant plus de pareilles imprudences de l'autorité turque vis-à-vis de ses propres sujets, alors qu'on la voit s'armer de rigueurs excessives et injustifiées contre les provenances de l'Europe presque entière.

Perse. — Le choléra est en diminution très sensible dans la Perse et dans la Caucasie. Le chiffre des décès est minime par rapport à ceux des semaines précédentes. La maladie a cessé dans le gouvernement de Bakou. Il n'y a eu que quelques décès à Batoum, à Koutaïs, dans le gouvernement de Tauride et en Crimée. Malheureusement la maladie a fait son apparition dans les ports de Kerson, de Nicolaïev et d'Odessa. Depuis l'apparition du choléra à Budapest, le gouvernement turc a prescrit une quarantaine de dix jours pour les voyageurs venus par le chemin de fer de Salonique et de Constantinople, à subir à Zibeftché et à Mustapha-Pacha.

Ces voyageurs auront donc dix-huit jours d'arrêt avant d'atteindre leur destination, et cela dans les pires conditions d'hygiène : trois jours en Serbie, cinq en Bulgarie et dix en Turquie. Les délégués d'Autriche-Hongrie, d'Italie et de France ont cependant été les seuls à protester au Conseil de santé de Constantinople contre de pareilles exagérations de mesures sanitaires. C'est à peu près pour les voyageurs l'interdiction de l'entrée en Turquie, et surtout à Constantinople, qui se trouve ainsi isolée du reste du monde.

Hambourg. — A Hambourg, la maladie a presque disparu; la statistique suivante montre combien se sont répartis les cas et les décès pendant sept semaines, du 20 août au 8 octobre. Il y a eu 17,862 cas et 7,571 décès.

DATES	CAS	DÉCÈS
Première semaine.	3.773	1.317
Deuxième semaine.	6.378	3.013
Troisième semaine.	3.362	1.548
Quatrième semaine.	2.393	923
Cinquième semaine.	1.327	547
Sixième semaine.	474	180
Septième semaine :		
2 octobre.	32	9
3 —	39	7
4 —	30	12
5 —	21	6
6 —	19	4
7 —	10	3
8 —	4	2

Allemagne. — Hongrie. — Belgique. — On a constaté 2 cas de choléra à Francfort, le 15 octobre; à Budapest 41 nouveaux cas, et 11 décès le 16 octobre. On annonce également une certaine recrudescence à Anvers. Il y a eu depuis le commencement de l'épidémie au 8 octobre 85 décès, 1 le 9, 1 le 10, 3 le 11 et 2 le 12 octobre; en tout 92 décès sur 251 cas constatés, 146 guérisons et 13 malades restant en traitement.

Le Comité entend ensuite la lecture qui lui est faite sur des *projets d'amenée d'eau* destinée à l'alimentation des communes de Chaignieu-Labaline (Ain), de Chozeau (Isère) et de Lavilleneuve-sur-Vingeanne (Côte-d'Or). Il émet l'avis qu'il n'y a pas lieu de s'opposer à l'exécution de ces projets. Toutefois, en ce qui concerne celui présenté par la commune de Chozeau, le comité demande qu'aucune construction ne puisse être faite sur les terrains avoisinant la source sans l'avis préalable du conseil d'hygiène. En ce qui concerne la commune de Lavilleneuve-sur-Vingeanne, le comité réclame le déplacement d'un lavoir situé à proximité de la source.

M. Gariel lit ensuite un rapport sur un *projet d'amélioration et d'exécution des égouts de la ville de Bordeaux.* Le comité ne s'oppose pas à l'exécution des travaux, à la condition que les matières fécales ne seront point déversées dans les égouts.

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ PUBLIQUE DE LA SEINE.

Séance du 14 octobre 1892. — Présidence de M. Léon Faucher.

MM. Chatin, Alexandre, Riban, Nocard, Troost, Jungfleisch et Bunel déposent des rapports dont les conclusions sont adoptées et concernant les affaires d'établissements classés ci-après : *Abattoirs-brûloirs, — tuerie de volailles, — abattoir de boucher, — travail du caoutchouc, — chaudronnerie, — maréchalerie, — porcherie, — fonderie de graisse à la vapeur, — fabrique de vaseline, — chantier de combustibles et atelier de construction de machines.*

M. Ollivier lit un rapport sur une *épidémie locale de diphtérie* qui s'est produite *dans le XVIIe arrondissement.* M. Ollivier rappelle que plusieurs fois déjà il a été à même de constater que des épidémies de maison ont pris naissance dans des loges de concierge. A son avis, il y a là un danger réel qu'il importe de conjurer et il propose au Conseil de demander aux autorités compétentes l'exécution des mesures ci-après : 1° Lorsqu'une maladie contagieuse éclate dans une loge de concierge, le propriétaire est tenu d'assurer immédiatement l'évacuation et la désinfection du local contaminé ; 2° Si, vingt-quatre heures après l'avis de l'autorité compétente, des mesures satisfaisantes n'ont pas été prises par lui, elles le seront d'office par l'Administration aux frais du propriétaire, sans préjudice de l'action juridique qui peut être engagée contre les conséquences des accidents imputables à sa négligence ; 3° La déclaration à la mairie, par le médecin, de tout cas de diphtérie, devrait être obligatoire comme pour le choléra.

M. Linder fait remarquer qu'il n'existe actuellement qu'une seule loi relative à la police sanitaire : c'est celle du 3 mars 1822 ; or, cette loi ne s'applique qu'aux maladies importées : choléra, fièvre jaune, etc., et encore faut-il qu'un décret la rende exécutoire, chaque fois qu'il s'agit de protéger le pays contre l'invasion d'une épidémie. Elle n'est donc en quoi que ce soit applicable dans l'espèce et il faudrait une autre loi pour permettre d'intervenir. M. Linder ajoute que, du reste, une mesure comme celle proposée par M. Ollivier ne peut s'appliquer à des cas spéciaux ; elle doit être d'ordre général. Le Parlement est actuellement saisi d'un projet de loi rendant obligatoire la déclaration des cas de maladies contagieuses : le Conseil d'hygiène ne peut demander qu'une chose : le vote de cette loi le plus tôt possible.

M. le Secrétaire général de la Préfecture de Police partage l'avis de M. Linder : les loges de concierge peuvent aider à la propagation des maladies contagieuses, mais bien d'autres locaux sont dans le même cas, par exemple les boutiques des petits commerçants sur lesquelles trouve accès une chambre occupée par un malade. Si une loi intervenait, elle ne pourrait, comme l'a fait remarquer M. Linder, s'appliquer qu'à des objets généraux et non viser des cas particuliers.

M. Proust croit qu'il suffit de demander au Gouvernement d'insister près des Chambres pour que la loi vienne en discussion le plus tôt possible ; cette loi donnera aux autorités le droit de s'occuper des locaux contaminés.

M. Paul Brousse dit que la déclaration des cas de maladies contagieuses ne suffit pas. Lorsque la loi sera votée, l'autorité saura qu'il y a un cas d'affection transmissible dans tel ou tel immeuble ; mais que pourra-t-elle faire si la loi ne lui donne pas le droit d'intervenir? Il demande que le Conseil insiste près des pouvoirs publics pour que la loi en préparation donne à l'autorité municipale le droit de garantir le public contre la contagion.

M. Linder répond qu'un décret portant règlement d'administration publique sera rendu pour l'exécution de la loi : la loi ne peut fixer que les grandes lignes; le décret dira comment elle doit être appliquée.

M. Proust ajoute que la déclaration obligatoire entraine des conséquences nécessaires : isolément du malade, désinfection des locaux contaminés, etc. A son avis, le point capital, c'est la déclaration.

M. Chautemps dit que deux termes suffisent dans la loi : rendre obligatoire la déclaration des cas de maladies contagieuses, et armer les maires des pouvoirs nécessaires pour prendre les mesures exigées par les circonstances. La loi ne peut indiquer ces mesures : elles sont différentes suivant les cas. Une maison située au milieu des champs, dans laquelle se déclare un cas d'affection contagieuse, ne sera pas évidemment soumise aux mêmes mesures qu'un immeuble de la ville habité par de nombreux locataires et entouré d'autres maisons.

M. Ollivier demande que son rapport soit renvoyé à la commission de la Chambre qui s'occupe de la loi sanitaire ; il peut fournir des renseignements utiles.

M. Paul Brousse fait remarquer que, d'après ce que vient de dire M. Chautemps, l'autorité municipale aurait seule qualité pour

agir. Or, à son avis, cette mesure est insuffisante ; il peut y avoir des cas où le maire est dans l'impossibilité de déclarer qu'une maladie contagieuse a été constatée dans sa commune. Il faudrait que la loi donnât à une autorité supérieure le droit d'agir après rapport du médecin des épidémies.

M. CHAUTEMPS répond que la loi en préparation est de nature à donner toute satisfaction au Conseil : les municipalités seront tenues d'élaborer un règlement sanitaire. Si elles ne le faisaient pas, une commission supérieure, présidée par le préfet, l'établirait pour elles. La loi institue également des commissions sanitaires et des inspecteurs de la santé publique. M. Chautemps croit que tout ce qu'il est possible actuellement d'appliquer en matière de police sanitaire se trouve dans la loi.

M. LINDER donne lecture du vœu suivant, qui est adopté à l'unanimité : « Le Conseil, après discussion du rapport de M. le Dr Ollivier, émet le vœu que la loi en préparation sur la police sanitaire soit votée dans le plus bref délai possible et que ladite loi ait pour base le principe de la déclaration obligatoire dans tous les cas de maladies contagieuses.

M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ fait un rapport sur l'*épidémie de choléra à Paris*.

Ce rapport est adopté après une courte discussion.

CORRESPONDANCE

Ingestion de déjections cholériques.[1]

Paris, le 30 septembre.

Monsieur,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que j'ai ingéré, avant-hier, à 9 heures du matin, à l'hôpital temporaire du bastion 36, en présence de M. le Dr Galliard et de plusieurs internes, 5 centimètres cubes de déjections d'un cholérique. La potion contenant ces déjections a été préparée à l'hôpital Bichat. Les microbes en virgule de Koch y fourmillaient.

Le 26 août et le 1er septembre, je m'étais fait injecter le vaccin anticholérique de Hoftkine, à l'institut Pasteur. J'ai voulu expérimenter l'efficacité de ce vaccin. Aujourd'hui 30 septembre, 7 heures du soir, je n'ai encore éprouvé aucun malaise.

Agréez, Monsieur, mes salutations empressées.

A.-E. BADAIRE, publiciste.

Les renseignements que nous avons pris confirment l'exactitude de ce fait très intéressant.

Pollution de la Seine.

14 octobre 1892.

Mon cher Confrère,

Aux lecteurs du *Petit Journal* qui pensent que la pollution de la Seine est chose nouvelle, je recommanderai, purement et simplement, la lecture de la lettre fameuse de lord Chesterfield (ambassadeur d'Angleterre à la cour de France sous *Louis XIV*) à son fils, lettre dans laquelle il définit la Seine « *a small muddy river* » une rivière *fangeuse!* Je ne sache point pourtant que Colbert ait été l'inventeur du *Tout à l'Egout*.

Votre bien dévoué, Dr E. MONIN,

Secrétaire de la Soc. franç. d'Hyg.

A propos du Concours de l'Internat.

Paris, le 19 octobre 1892.

Monsieur le Directeur du *Progrès Médical*,

Monsieur,

Sachant l'empressement avec lequel vous accueillez les communications qui vous sont faites lorsque le bon droit et la justice sont en jeu, je viens vous signaler une incorrection flagrante qui s'est passée hier au concours de l'internat.

Un candidat, dont je n'attaque d'ailleurs nullement l'honorabilité, M. X..., a omis, à la lecture de sa copie, une ligne qui constituait pour lui une erreur manifeste : il faisait naître le nerf phrénique des 6e, 7e, 8e paires rachidiennes cervicales. Voilà ce que le candidat n'a pas lu.

Or, *le jury sait parfaitement* que cette ligne a été *omise à la lecture*, car, tous ces Messieurs ont relu le passage. Et la raison la voici : c'est que M. X... ayant eu, après coup, l'idée qu'il avait dû faire naître le nerf phrénique du plexus brachial, avait prévenu un des juges de ce *lapsus* (!).

Ce juge, M. G..., lui avait promis de n'en pas tenir compte et avait même prévenu, à cet égard, deux autres membres du jury, que le candidat prononcerait le mot de *plexus brachial*.

Or, dans la copie il y avait plexus CERVICAL ; mais, entre parenthèses, il y avait 6e, 7e et 8e paires, c'est-à-dire une double et grossière erreur, *ce que le candidat s'est bien gardé d'ajouter*. Les juges qui attendaient *plexus brachial* ont relu la copie : ils ont constaté la ligne omise à la lecture, et cependant on a coté le candidat : 24. « Si nous ne vous connaissions pas, a dit un des juges au candidat, nous aurions mis *zéro*. »

Il y a là, il me semble, matière à réclamations énergiques et je m'adresse à vous pour réclamer que justice soit faite. Est-il permis, oui ou non, au concours de l'internat, de passer sous silence les erreurs que l'on a faites, en se contentant d'en prévenir un juge bénévole ?

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes respectueux sentiments,

Un de vos lecteurs assidus.

Le jury doit juger les candidats sur leurs épreuves et non sur leurs titres ou leurs relations. Un candidat qui altère sa copie mérite tout simplement d'être exclu.... à tout jamais. Agir autrement, c'est compromettre le concours et mieux vaut alors le supprimer et nommer à la faveur.

VARIA

Le Choléra en Europe.

I. — *Le Choléra en France.*

Paris et environs. — La situation sanitaire de Paris et de la banlieue s'améliore toujours. Le nombre des malades en traitement dans les hôpitaux s'élève à environ 110 ; 25 d'entre eux environ proviennent de la banlieue. Partout, ces malades sont l'objet des soins les plus dévoués de la part du personnel hospitalier.

« Au milieu de ces nombreuses preuves d'abnégation fournies par les humbles, il convient de citer tout particulièrement, dit le *Temps*, le cas de Mme Brochard, surveillante des cholériques à l'hôpital Tenon, qui n'a pas quitté l'isolement depuis le jour où il a été installé. Cette courageuse surveillante a refusé de prendre le moindre repos. Considérant que sa présence dans la salle était aussi nécessaire de nuit que de jour, elle a fait dresser un lit au milieu de son service. Depuis deux mois elle vit ainsi de la vie de ses malades. De si hautes vertus hospitalières de la part de personnes dont la seule ambition est de se dévouer à leurs semblables méritent certainement d'être signalées et appréciées à leur juste valeur. »

Au Conseil municipal, cette semaine, une longue discussion a été motivée par une question de M. le Dr Dubois sur le manque de précaution dans les hôpitaux pour éviter la contagion pendant l'épidémie. De nombreux abus et de nombreuses négligences auraient été constatés dans les services hospitaliers. Un cholérique aurait été placé dans une salle de malades ordinaires où il a porté la contagion ; à l'Hôtel-Dieu, la salle des cholériques était attenante à celle des accouchements ; pendant que le personnel inférieur succombait à la peine, la plupart des directeurs et beaucoup de médecins n'avaient pas interrompu leurs vacances ; il a fallu enfin l'intervention du bureau du Conseil municipal auprès du directeur de l'Assistance publique pour remédier à cet état de choses. Le Directeur de l'Assistance publique a répondu à ces critiques qu'il n'y a eu pendant la dernière épidémie aucun dommage pour les malades et que le service des cholériques a été partout installé de la manière la plus satisfaisante. L'ordre du jour suivant présenté par le docteur Dubois a été adopté à l'unanimité de 43 votants :

« Le Conseil constate la négligence de l'administration pour éviter la contagion dans les hôpitaux et l'invite à prendre immédiatement les mesures nécessaires pour sauvegarder la vie des malades qui lui sont confiés. »

Marseille. — La situation sanitaire continue à être satisfaisante. Les quarantaines font sentir leurs fâcheux effets, et la plupart des départs pour l'Italie ont été supprimés dans ce port.

Dans une récente réunion du Conseil central d'hygiène des Bouches-du-Rhône, M. Thoinot, délégué du comité consultatif d'hygiène de France, a rendu compte des visites qu'il a faites aux maisons atteintes et indiqué qu'il a remarqué que toutes sont alimentées par l'eau de l'Huveaune ou l'eau de puits. Après discussion, le Conseil a adopté le vœu suivant, présenté par le docteur Queirel :

1° Que la distribution de l'eau de l'Huveaune soit immédiatement supprimée ;

2° Que tous les puits, autant que faire se pourra, soient condamnés et fermés par l'autorité compétente ;

3° Que les habitants de la ville ne boivent que de l'eau bouillie et que la municipalité tienne à la disposition de la population, dans les écoles et les établissement municipaux, des approvisionnements de cette eau bouillie ;

4° Que les chefs d'usines, industries et ateliers en fournissent à leur personnel.

Le maire a promis de solliciter une délibération conforme de son conseil municipal. Il a fait connaître ensuite que trois étuves à désinfection fonctionnent et qu'on procède à l'installation de sept autres. La décision concernant les émigrants a été modifiée : les vapeurs seront admis si la santé à bord ne laisse rien à désirer ; mais les émigrants seront consignés.

Le conseil municipal a discuté les termes du contrat intervenu entre la ville et M. Genis, à propos de l'assainissement par le Tout à l'Egout. M. Signorello a prétendu qu'il contenait des impossibilités matérielles d'exécution et a sollicité le conseil de faire suspendre les travaux, en attendant l'avis d'une commission technique. Cet avis n'a pas prévalu ; mais le conseil a voté l'ordre du jour suivant :

« Considérant que le traité conclu entre l'ancienne municipalité et la société d'assainissement est onéreux pour la ville de Marseille; considérant, d'autre part, que le conseil actuel est tenu de s'en rapporter à ce qui a été signé par ses prédécesseurs, le conseil décide de dégager entièrement sa responsabilité en cette occurrence et déclare qu'en toutes occasions et conformément à son programme il fera strictement exécuter le cahier des charges dans toute sa teneur. »

II. — *Le Choléra à l'étranger.*

Belgique. — On signale des cas très graves à Malines. A Anvers, il y a eu aussi quelques cas et des décès à l'hôpital. Le choléra continue ses ravages au hameau du Rivage, près Quarégnon ; un décès y a été constaté. Le nombre des malades est considérable. Les infirmiers bruxellois prodiguent leurs soins aux cholériques. A Paturages et à Wasmes, l'épidémie a complètement disparu, ainsi qu'à Saint-Ghislain où plusieurs cas s'étaient produits. Plusieurs cas de choléra se sont déclarés à Antoing ; il y a eu jusqu'à présent 3 décès. A Tournai, la situation sanitaire continue à être excellente ; néanmoins, l'administration communale vient de faire placarder des affiches conseillant aux populations de ne plus employer les eaux de l'Escaut.

Le Conseil supérieur d'hygiène s'est réuni à Bruxelles pour entendre le rapport du service sanitaire sur la marche de l'épidémie cholériforme en Belgique et ses ravages. Voici l'intéressante statistique donnée par le chef de service : depuis le 25 juillet jusqu'à aujourd'hui, il s'est produit en Belgique 1,135 cas de choléra et 564 décès, ce qui fait une mortalité de 50 0/0. Voici maintenant par province le nombre des cas et des décès : Province d'Anvers, 402 cas, 326 décès ; la ville d'Anvers est comprise dans ces chiffres pour 240 cas et 89 décès. Provinces de Brabant, 85 cas, 46 décès ; de la Flandre occidentale, 25 cas, 15 décès ; de la Flandre orientale, 199 cas, 118 décès ; du Hainaut, 113 cas, 54 décès ; de Liège, 46 cas, 2 décès ; du Limbourg, 1 cas, 1 décès ; du Luxembourg, 5 cas, 1 décès ; de Namur, 1 cas, 0 décès.

Allemagne. — A Hambourg, il y a encore quelques cas et quelques décès (10 cas et 1 décès le 13 octobre ; le 19, 1 cas, 0 décès). A Francfort-sur-le-Mein, le choléra est apparu ; il est peu grave.

Autriche-Hongrie. — A Budapesth, un des jours de cette semaine, il y avait encore 31 cas cholériques et 16 décès, et à Cracovie, 2 cas.

Bulgarie. — Le comité sanitaire de la principauté a pris les mesures suivantes, qui sont appliquées depuis le 26 septembre/8 octobre 1892. Les marchandises importées en Bulgarie doivent être accompagnées d'un certificat constatant l'état sanitaire de la localité d'où elles proviennent au moment de leur expédition de cette localité. Les marchandises provenant de pays contaminés sont soumises à une quarantaine de vingt jours et désinfectées. Les marchandises provenant d'endroits non contaminés, mais ayant transité par des pays contaminés, feront une quarantaine de onze jours ; les emballages seuls de ces marchandises seront désinfectés. Les marchandises provenant de localités non contaminées directement et sans avoir passé par des pays contaminés subiront une quarantaine de onze jours sur les lieux où elles auront été débarquées, et, après avoir été aérées, seront livrées. Sont maintenues les dispositions antérieurement édictées par le conseil sanitaire, relativement aux marchandises et autres articles dont l'importation a été formellement prohibée.

Espagne. — Un ordre royal a prescrit l'envoi dans les lazarets des navires provenant de Marseille qui auraient quitté ce port après le 22 septembre dernier et qui arriveraient en Espagne après le 8 octobre, quels que soient les termes de la patente. Les ports situés à moins de 165 kilomètres de Marseille sont considérés comme contaminés depuis le 3 courant.

Italie. — Un decret, publié le 15 octobre 1892, étend les prescriptions de l'ordonnance de santé maritime du 7 juillet aux navires provenant, depuis le 14 octobre, des ports français de la Méditerranée. Ces navires seront soumis à une visite médicale et à la désinfection. Si des malades suspects sont trouvés à bord, les bâtiments seront envoyés à la station sanitaire d'Asinara.

Angleterre. — Le bruit qui a couru que les navires venant de Saint-Malo avaient une quarantaine à faire dans les eaux de Guernesey est faux. Seuls les ports de Dieppe, du Havre, de Cherbourg et de Hambourg sont déclarés infectés par le choléra.

Russie. — Le choléra a éclaté à Czentoschau, en Pologne.

Egypte. — Le Comité d'hygiène a décidé que les provenances de Marseille seraient soumises à Alexandrie à une quarantaine d'une semaine dans laquelle la durée du voyage sera comprise. On s'étonne de cette mesure qui n'est motivée que par des informations non officielles et par des cas simplement suspects qui se sont produits à Marseille.

Chypre. — Les vaisseaux venant des ports français de la Méditerranée sont frappés de dix jours de quarantaine, s'ils ont des passagers, et de cinq jours seulement dans le cas contraire.

Portugal. — Les ports de Marseille, Dieppe, Boulogne-sur-Mer, Saint-Malo et Calais sont déclarés infectés de choléra.

Tunisie. — Le paquebot de Marseille, arrivé le 12 octobre avec patente brute, a été soumis à une observation de vingt-quatre heures. Le conseil sanitaire a prescrit la désinfection des bagages et des marchandises.

Maroc. — Par décision du conseil sanitaire, Marseille a été déclaré infecté à partir du 22 septembre. Les provenances de ce port ne seront admises à Tanger qu'après une quarantaine de dix jours dans un lazaret. Les provenances d'Oran sont admises en libre pratique.

Disparition des maisons de prostitution.

Le *Progrès médical* a publié de nombreuses études concernant la prostitution, et toutes s'accordaient à reconnaître la nécessité de modifier les règlements de police actuels. Il semble qu'aujourd'hui la conviction des médecins se fasse de plus en plus dans ce sens, et le récent travail du Dr Regnault, paru dans la *France médicale* (août-septembre), sur l'évolution de la prostitution, apporte des preuves nouvelles et concluantes. M. Regnault s'appuie sur ce fait que partout la maison publique disparaît. Il l'a étudiée spécialement à Marseille où elle était dans des conditions absolument favorables, puisqu'un quartier réservé lui était assigné, et où cependant elle disparaît chaque année et se transforme en « maison ouverte ». C'est une maison garnie en quartier réservé, où la fille est entièrement libre, mais qui conserve l'aspect d'une maison de prostitution au point qu'un observateur superficiel peut s'y tromper. De 125 en 1873, le nombre des maisons est tombé à 31 en 1889. A Lyon, à Nantes, à Montpellier, à Avignon et à Toulon on observe le même fait. Si donc partout la maison de tolérance disparaît, malgré tous les régimes auxquels on peut la soumettre, il est inutile de la juger en bien ou en mal ; et la réglementation actuelle, qui s'appuyait uniquement sur leur existence, doit se modifier et s'adapter au nouvel état de choses.

Au point de vue de la propagation de la syphilis, cette disparition n'est pas un mal, car la syphilis est moins fréquente qu'autrefois sur les filles.

L'auteur demande, en conséquence, que les arrestations et inscriptions arbitraires disparaissent; qu'on donne (par la distribution de médicaments gratuits et l'ouverture d'hôpitaux spéciaux) la possibilité à la fille de se soigner, et qu'alors on punisse celles trouvées exerçant en état de contagion, car « le droit qu'a la société de punir s'arrête à sa défense, et on doit faire rentrer la prostituée sous la loi commune. » C'est la thèse que nous avons toujours soutenue : traiter la vénérienne en malade et non en paria; leur faire comprendre que son intérêt est de se guérir ; mettre à sa disposition bains et médicaments et faire disparaître tout ce qui ressemble à la prison. B.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 24 — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Gautier, Blanchard, Fauconnier. — (2e *série*) : MM. Baillon, Villejean, Weiss. — (3e *série*) : MM. Lutz, Hanriot, Retterer.

MARDI 25. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Pouchet, Han-

riot, Weiss. — (2e *série*) : MM. Gariel, Blanchard, Villejean. — (3e *série*). — MM. Baillon, Lutz, Fauconnier.

MERCREDI 26. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Pouchet, Blanchard, Fauconnier. — (2e *série*) : MM. Gautier, Lutz, Weiss. — (3e *série*) : MM. Gariel, Hanriot, Villejean.

JEUDI 27. — 1er de Fin d'année d'Officiat : MM. Gautier, Blanchard, Weiss. — (1re *série*) : MM. Lutz, Villejean, Fauconnier. — (2e *série*) : MM. Gariel, Pouchet, Hanriot. — 2e *de Doctorat* : (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley.

VENDREDI 28. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Baillon, Villejean, Fauconnier. — (2e *série*) : MM. Gautier, Lutz, Weiss. — (3e *série*) : MM. Pouchet, Hanriot, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Charité. (1re *série*) : MM. Straus, Marie, Letulle. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Brissaud, Chauffard.

SAMEDI 29. — 1er de Fin d'année d'Officiat. — MM. Lutz, Fauconnier, Weiss. — (1re *série*) ; MM. Gariel, Hanriot, Blanchard. — (2e *série*) : MM. Baillon, Pouchet, Villejean. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Ballet, Chantemesse. — (2e *série*) : MM. Cornil, Debove, Gilbert.

Enseignement médical libre.

Maladies de l'appareil urinaire.—Le Dr H. PICARD commencera le lundi 24 octobre, à 5 heures, à sa Clinique, 16, rue Dauphine, un cours public et gratuit et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr Louis-Jules FAUVELLE (Paris).

L'*Ecole* et la *Société d'Anthropologie* de Paris viennent de faire une grande perte . le savant biologiste, membre des plus actifs de cette Société, M. le Dr Louis-Jules FAUVELLE, a succombé le 15 septembre 1892.

M. Fauvelle, né à Coucy-le-Château (Aisne) le 17 avril 1830, est décédé à Paris pendant notre absence (c'est pour cette raison seule que nous n'avons pas alors consacré quelques lignes à sa mémoire), à l'âge de 62 ans.

Médecin à Laon de 1855 à 1878, il y fut membre du Conseil municipal, et, bien avant 1870, se distingua par son courage civique dans la lutte incessante qu'il mena contre le régime impérial. Pendant la guerre, ses amis savent comment il se conduisit.

Revenu à Paris, il s'y livra à ses études favorites et aborda les questions les plus ardues de philosophie scientifique. On lui doit deux fascicules qui ont paru sons le titre de *Mélanges* (1887) et d'*Etudes d'Anthropologie* (1889), qui ne sont que les recueils où il a rassemblé ses nombreuses communications à la Société d'Anthropologie, dont il était le secrétaire, ainsi que de l'Association pour l'enseignenent des sciences anthropologiques. Le dernier volume qu'il a publié en 1889 (*Physico-Chimie*), seizième volume de la « Bibliothèque des sciences contemporaines », montre de la plus nette des façons quels étaient la tournure de son esprit, ses aspirations, son idéal. Nous y renvoyons nos lecteurs, qui pourront apprécier à sa valeur celui qui a consacré une grande partie de ses loisirs à gérer les finances de la Société d'Anthropologie et dont les rapports financiers mériteraient, quoique cela puisse surprendre, de servir de modèles.

Fauvelle est mort fidèle à ses principes et a légué son cerveau au Laboratoire de la Société mutuelle d'Autopsies, et tous ceux qui ont connu cet homme convaincu et désintéressé conserveront certainement le souvenir de ses qualités, trop rares aujourd'hui. Marcel BAUDOUIN.

FORMULES

VII. — Traitement de la tuberculose laryngée.

(COZZOLINO).

I. — Menthol.	0 gr. 5 — 0 gr. 8.
Baume du Pérou. . . .	5 — 10 grammes.
Alcool rectifié.	10 — 15 grammes.
Eau distillée	300 grammes.

M. D. S. — Pour pulvérisation.

II. — Phosphate de potasse.	10 grammes.
Iodoforme.	5 grammes.
Acide borique	2 grammes.
Menthol.	0 gr. 4 — 0 gr. 8.

M. D. S. — Pour pulvérisation (*Cond. extr.*, juillet 1892, p. 50).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 9 oct. 1892 au samedi 15 oct. 1892, les naissances ont été au nombre de 1029 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 379; illégitimes, 151, Total, 530. — *Sexe féminin :* légitimes, 361 ; illégitimes, 138. Total, 499.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 9 oct. 1892 au samedi 15 oct. 1892, les décès ont été au nombre de 817 savoir : 458 hommes et 359 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 15, F. 6, T. 21. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 3, F. 1, T. 4.— Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 1, F. 5, T. 6. —Diphtérie, Croup : M. 14, F. 8, T. 22.— Affections cholériformes : M. 9, F. 8, T. 17.—Phtisie pulmonaire : M. 123, F. 74, T. 197.—Autres tuberculoses : M. 19, F. 9, T. 28 —Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4 — Tumeurs malignes : M. 12, F. 24, T. 36. — Méningite simple : M. 14, F. 10, T. 24. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 17, T. 39. — Paralysie, M. 3, F. 3, T. 6 — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 2, T. 5.— Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 16, T. 43. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 2, T. 5 — Bronchite chronique. M. 14, F. 13, T. 27.— Broncho-Pneumonie : M. 4, F. 4, T. 8, — Pneumonie : M. 12, F. 9, T. 21. — Gastro-entérite, biberon: M. 32, F. 27, T. 59 —Gastro-entérite, sein: M. 10, F. 4, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3, T. 4.—Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Débilité congénitale : M. 16, F. 12, T. 28.—Sénilité : M. 9, F. 11, T. 20. — Suicides : M. 10, F. 8, T. 18. —Autres morts violentes : M. 7, F. 0, T. 7.—Autres causes de mort : M. 71, F. 70, T. 141. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 1, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 12. Total : 38. — *Sexe féminin* : légitimes, 14, illégitimes, 19. Total : 33.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (année scolaire 1892-93). — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique* : Direction de M. le Dr BRAULT. — Les travaux pratiques d'Anatomie pathologique commenceront le lundi 7 novembre 1892. MM. les Etudiants, pourvus de 12 inscriptions régulières (la 12e ayant été prise en juillet 1892), sont priés de se faire inscrire, pour lesdits travaux, au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, à partir du lundi 17 octobre 1892 jusqu'au samedi 26 novembre inclus, et de midi à 3 heures. — Ils peuvent demander leur inscription par écrit. Des lettres de convocation leur seront adressées à domicile. Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Travaux pratiques (1re année). — Les travaux pratiques de Physique, de Chimie et d'Histoire naturelle commenceront à partir du lundi 7 novembre 1892. Ils auront lieu, pendant le premier semestre 1892-93, aux jours et heures ci-après désignés, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine : 1° *Physique* : Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 6 heures du soir. — 2° *Chimie* : Mardi, jeudi, samedi, de 8 à 10 heures et demie du matin. — 3° *Histoire naturelle* : Lundi, mercredi, vendredi, de 9 à 11 heures du matin.

Travaux pratiques d'histologie (1re année) : Direction de M. RÉMY, agrégé, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'Histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de première année. Ils auront lieu les mardi, jeudi et samedi, de 2 heures 1/4 à 4 heures, au laboratoire des travaux pratiques d'Histologie (Ecole pratique) à partir du samedi 12 novembre 1892. Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les Etudiants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Notre ami, M. le Dr Charles AUDRY, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, un des membres fondateurs des *Archives provinciales de Chirurgie*, vient d'être nommé chargé du cours de clinique des maladies vénériennes et cutanées à la Faculté de médecine de Toulouse.

ECOLE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. SCHLAGDENHAUFFEN, professeur de toxicologie et de physique à l'Ecole supérieure de

pharmacie de Nancy, est nommé pour trois ans, à partir du 16 octobre 1892, directeur de cette école.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.* — Le concours a commencé la semaine dernière. Voici la première question qui a été posée à l'épreuve orale d'anatomie : *Crosse de l'aorte.*

ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Legs.* — Le préfet de la Seine est autorisé par décret à accepter pour le département de la Seine, une somme de 200,000 francs, legs fait en 1880 par M. Foucher, en faveur des enfants abandonnés ou orphelins pauvres. Par le même décret, le directeur de l'Assistance publique, à Paris, est autorisé à accepter de la part du même testateur : 15,000 francs pour le bureau de bienfaisance du 9e arrondissement ; une somme considérable pour la fondation de nouveaux lits à *l'hospice des Incurables.*

ASILES DES ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1893 dans les Asiles publics d'Aliénés du département de la Seine* (Asile Clinique, Asile de Vaucluse, Ville-Evrard et Ville juif). — Le lundi 5 décembre 1892, à une heure précise, il sera ouvert, à l'Asile Clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1893 dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hotel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à quatre heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 31 octobre, au samedi 19 novembre 1892, inclusivement.

Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine vacantes au 1er janvier 1893 dans les Asiles publics d'Aliénés du département de la Seine (Asile Clinique, Asile de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif et l'Infirmerie spéciale des Aliénés à la Préfecture de Police). — Le lundi 12 décembre 1892, à midi précis, il sera ouvert, à la Préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine qui seront vacantes dans lesdits établissements au 1er janvier 1893. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches exceptés, de onze heures à quatre heures, depuis le jeudi 10 novembre jusqu'au samedi 26 novembre 1892, inclusivement.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — *Concours de l'internat et de l'externat.* — Lundi, il y a huit jours, ont commencé à l'hôpital Saint-André les épreuves du concours d'internat. Les concurrents, au nombre de 56, ont dû, comme composition écrite, traiter la question suivante : « Articulation du genou, causes, signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. » Le mardi suivant, à 4 heures de l'après-midi, a commencé le *concours d'externat.* Les concurrents, au nombre de 53, ont été divisés en plusieurs séries. Les questions orales posées ont été jusqu'ici les suivantes : Pour la première série : « *Fémur* ; *fractures de la cuisse au tiers moyen.* » Pour la deuxième série : « *Articulation temporo-maxillaire* ; *luxations de la mâchoire.* »

INSTITUT PASTEUR A NEW-YORK. — M. Grand, maire de New-York, a posé la première pierre du nouvel Institut Pasteur, dans la 99e rue, Central-Park. Dans son discours il a exprimé l'espoir que le principe de l'inoculation exercerait aussi son action bienfaisante contre les épidémies cholériques.

L'ÉPIDÉMIE DE SCARLATINE A LONDRES. — L'épidémie de scarlatine qui avait sévi avec tant d'intensité depuis quelques mois à Londres est encore très sérieuse aujourd'hui. Les hôpitaux spéciaux et les baraquements construits pour recevoir des scarlatineux ne désemplissent pas. La mortalité de 2,1 pour 100 en ville a atteint 7,1 pour 100 dans les hôpitaux. Cette plus grande mortalité dans les hôpitaux tient à ce que les cas les plus graves y sont transportés. Autant qu'on en peut juger jusqu'ici, la mortalité a été cette année un peu moins élevée que l'an dernier. De nombreux cas de scarlatine se sont également déclarés à Edimbourg.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Un concours pour l'internat en médecine aura lieu le 5 décembre prochain.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — *Prix Claude Bernard.* — La Société de Biologie est autorisée à recevoir, des mains de MM. Berthelot, Charcot et autres, une somme de 3,068 fr. 92 c., provenant des souscriptions recueillies pour élever un monument à Claude Bernard. Ladite somme sera employée à la fondation d'un prix de biologie expérimentale qui portera le nom de « prix Claude Bernard. »

NÉCROLOGIE. — M. le Dr LANGES (de Cannes). — M. le Dr DHÉRAT, médecin à Cusset (Allier), décédé à l'âge de 82 ans. — M. le Dr CHAVERIAT (Alexandre), de Chalon-sur-Saône, décédé à l'âge de 70 ans. — M. le Dr PARET (Louis), médecin adjoint à l'asile de Bossens. — M. le Dr BODY (de Normant). — M. le Dr BRIVOIS (de Paris). — M. le Dr LECOUPEUR (de Rouen). — M. le Dr ROUX (de Viviers). — M. le Pharmacien-inspecteur SCHMITT, décédé à Varce (Isère). — On annonce la mort, à Chaumes (Seine-et-Marne), à l'âge de soixante-douze ans, de M. Charles CATELLAN. Il fut un propagateur convaincu de l'homéopathie et le créateur des pharmacies homéopathiques.

Publications du Progrès Médical.

VIENT DE PARAITRE

L'ANNÉE MÉDICALE, Quatorzième année, 1891.

Résumé des Progrès réalisés dans les Sciences Médicales.

Publié sous la direction du Dr **BOURNEVILLE**

Médecin de l'hospice de Bicêtre, Rédacteur en chef du *Progrès médical.*

Avec la collaboration de MM. AIGRE, G. BALLET, R. BLANCHARD, M. BAUDOUIN, F. BOTTEY, E. BRISSAUD, J.-B. ŒTTINGER, P. BUDIN, J.-B CHARCOT, COMBY, L. CRUET, E. DESCHAMPS, DELFAU, GUINON, ISCH-WALL, A. JOSIAS, P. KERAVAL, KŒNIG, LETOUX, A. MALHERBE, P. MARIE, MAUNOURY, MAIGRIER, R. PICQUET, PLICQUE, P. POIRIER, A. PILLIET, A. RAOULT, P. RAYMOND, A. SEVESTRE, P. SOLLIER, R. VIGOUROUX. Un beau volume in-18 raisin de 400 pages. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés . . . . 3 fr.

Traité pratique, Théorique et Thérapeutique de la Scrofulo-Tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes.

(Lupus et tuberculose qui s'y rattachent.)

Par Henri **LELOIR**,

Professeur des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille.
Membre correspondant de l'Académie de médecine, Lauréat (*bis*) de l'Institut, etc

Un volume in-4° de 405 pages, avec 30 figures originales intercalées dans le texte, 22 tableaux statistiques et un atlas de XV planches. — Prix : 30 fr. — Pour nos abonnés. . . . **22 fr. 50**

BOURNEVILLE. — Laïcisation des Hôpitaux et Enseignement professionnel du personnel (1891-1892). Brochure in-8 de 80 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 90 c.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchement.* — Enseignement obstétrical, clinique et théorique (1892-93).

Enseignement clinique : M. le Dr P. BUDIN, chef de service, tous les jours à 9 heures. — Mardi, jeudi, samedi : Lecture des observations et interrogatoire des élèves. — Jeudi à 10 heures 1/2 : Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Les élèves seront dirigés dans la pratique des accouchements par des moniteurs.

Enseignement théorique et manœuvres opératoires : M. le Dr BONNAIRE, accoucheur des hôpitaux. Leçons : Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir. — Ouverture du cours de M. le Dr Bonnaire, le mardi 18 octobre, à 5 heures du soir. — Conférences par M. le Dr LEGRY, chef de laboratoire du service. Chaque période d'enseignement complet durera deux mois et demi environ.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Samedi.* Visite du service de M. BOURNEVILLE.

Le Rédacteur-Gérant : **BOURNEVILLE**

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. Nº 44. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 29 OCTOBRE 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Leçons sur les Aortites (*suite*) (1);

par **Henri HUCHARD**, médecin de l'Hôpital Bichat.

II. — Aortite chronique (2).

3e Leçon.

Sommaire. — Historique. *a*). L'aortite *chronique* décrite pour la première fois au point de vue anatomo-pathologique par Morgagni. Mention des embolis par cet auteur. — Un siècle plus tard, description clinique incomplète par Hogdson. — Première observation d'insuffisance aortique *organique*, par Vieussens en 1703. — Première description d'insuffisance aortique *fonctionnelle* (par dilatation simple de l'orifice aortique), par Hogdson en 1815. — Observations de Bertin et Bouillaud en 1824. — Travaux de Hope (1831), Corrigan (1832), Guyot Littré (1834), Gintrac (1835), Charcelay (1836), Norman Chevers (1838), etc.

b). Aortite *suppurée*. Première observation d'Andral en 1829. — Faits de Spengler, Virchow, Schützenberger, Leudet, Rokitansky, Lebert. — Aortite suppurée donnant lieu aux symptomes de l'infection purulente; ou plutôt, infection purulente produisant l'aortite suppurée.

c). Aortite *ulcéreuse* : faits de Stokes, Lebreton, Lecorché, Garcin, Turner.

Anatomie pathologique. — Plaques aortiques, jaunatres, consistantes et dures. — Plaques ossiformes et lamelleuses. — Ramollissement des plaques athéromateuses. — Pseudo-abcès athéromateux. — Anévrismes disséquants de l'aorte, et anévrismes en général. — Dilatation de l'aorte, et dilatation consécutive de l'orifice aortique sans lésion valvulaire (insuffisance aortite *fonctionnelle*), lésions des valvules semi-lunaires (insuffisance aortite *organique*). — Hypertrophie du cœur, puis sclérose du myocarde. Parfois, atrophie du cœur.

Symptômes. — Dilatation de l'aorte. — Retentissement diastolique de l'aorte, et bruit clangoreux. — Timbre parcheminé des bruits aortique). — Double souffle aortique (rétrécissement et insuffisance aortique). Souffle systolique de la base sans rétrécissement aortique. — Bondissement des artères. — Pouls sénile. — Caractère de reptation artérielle (Stokes). — Crises dyspnéiques et angineuses.

Complications : hypertrophie du cœur, embolies et thromboses artérielles; gangrène des extrémités, etc. Emphysème pulmonaire. Dilatation des bronches, hémoptysies, etc.

Forme *latente* de l'aortite chronique.

Etiologie. — Elle est celle de l'aortite aiguë et de l'artériosclérose généralisée. — Aortite chronique, parfois de cause inconnue. — Aortite et tuberculose pulmonaire. Celle-ci, à titre de maladie infectieuse, peut produire l'aortite, et l'aortite peut aussi produire la tuberculose pulmonaire. Observations.

Traitement. — Traitement de l'aortite aiguë et de l'aortite chronique : Régime lacté, médication iodurée. — Traitement des symptômes.

*
* *

I. Historique. — *a*. Sans remonter jusqu'à Galien, Arétée de Cappadoce, Cælius Aurelianus et Santorini, qui ont simplement soupçonné l'existence de l'aortite, il faut arriver à Boerhaave et à Morgagni pour trouver des exemples se rapportant réellement à l'inflammation chronique de l'aorte.

Au sujet d'une femme de quarante ans qui éprouva, six mois avant sa mort, des palpitations constantes auxquelles se joignait « un sentiment d'érosion dans l'intérieur de la poitrine et au milieu du dos, et qui mourut en parlant, » Morgagni décrit les lésions trouvées sur le trajet de l'aorte : « Toute sa face interne, depuis le cœur jusqu'à l'endroit placé au-dessous des orifices des artères émulgentes, comparée avec le reste jusqu'à sa division en iliaques, s'éloignait évidemment de sa blancheur et de son poli naturels, qui se voyaient dans cette dernière partie, et présentait une couleur jaune, une surface inégale qui semblait dépendre, à des yeux un peu plus attentifs, de ce qu'elle formait en certains endroits de légères saillies, et en d'autres de petits sinus. »

Chez une vieille femme, presque octogénaire, observée en 1702, qui présentait un pouls très vibrant avec une difficulté de respirer si grande « qu'elle était forcée de s'asseoir sur son lit, » on trouva les lésions suivantes à l'autopsie : « L'aorte, depuis le cœur jusqu'au premier orifice des branches supérieures, était très dilatée et couverte à l'intérieur, dans presque toute cette étendue, de petites écailles osseuses qui ne ressemblaient à rien tant qu'à des gouttes très rapprochées de cire blanche, après qu'elles se sont refroidies sur le pavé. » L'illustre anatomopathologiste donne encore, dans ses lettres, plusieurs observations de ce genre, il mentionne souvent un symptôme important de cette maladie, la dyspnée, et à propos d'un malade qui éprouvait « une grande difficulté a respirer lorsqu'il marchait dans la plaine, et beaucoup plus encore quand il allait sur des lieux en pente, » il décrit la dyspnée d'effort.

On peut même lire dans la vingt-troisième lettre du même auteur un passage très curieux où il fait allusion à la possibilité d'embolies. Le mot n'y est pas, mais la chose y est, comme on le voit par cette citation :

« Il ne faut pas s'étonner si, dans le trajet où l'aorte est plus grosse et où elle et ses branches sont moins éloignées du cœur, les fibres artérielles annulaires éprouvent alors des contractions plus violentes ou plus longues sans règles ni lois déterminées, et chassent ainsi des vaisseaux intermédiaires entre elles et la tunique interne des parcelles même les plus épaisses et les plus inégales, s'il s'en trouve, pour les pousser à un endroit où elles n'iraient pas d'elles-mêmes, et pour leur fournir l'occasion de s'y fixer. »

Enfin, Morgagni a réagi contre l'opinion singulière des médecins du XVIe et XVIIe siècle, de J. Riolan, qui enseignait la rareté extrême des dilatations et des anévrismes de l'aorte en raison de la grande épaisseur de ses tuniques, de Elsner qui en 1670, à propos d'un anévrisme aortique trouvé par Riva, croyait encore à l'impossibilité de sa production. Morgagni a même divisé ces anévrismes « en ceux qui sont formés par une égale dilatation du vaisseau en tous sens et ceux qui croissent comme un sac sur un de ses côtés. » Dans un cas d'aortite chronique il avait même remarqué, ce qui est exact le plus souvent, que « la lésion qui de l'aorte s'était étendue aux carotide et sous-clavière droites ne s'était pas également propagée aux mêmes artères du côté gauche. » il expliquait cette apparente anomalie par la raison suivante : « Les premières sont plus près du cœur que les dernières, et les forces de cet organe étant plus considérables qu'à l'état naturel, celles-là commencent à s'affaiblir plus promptement que celles-ci. »

Ces citations, qu'il serait facile de multiplier encore, prouvent l'erreur de ceux qui ont voulu désigner l'aortite chronique sous le nom de « maladie de Hogdson. » Cet auteur, qui a publié son livre seulement au commence-

(1) Extrait de la 2e édition des *Leçons de clinique et thérapeutique sur les maladies du cœur et des vaisseaux* (Paris, octobre 1892, Doin, éditeur).

(2) Voir *Progrès Médical*, nos 37, 39, 41, 42 et 43.

ment de ce siècle, n'a même pas le mérite d'avoir créé une espèce nosologique, puisqu'il a étudié les faits auxquels nous faisons allusion dans cinq chapitres séparés et distincts (1). La description de la dégénérescence athéromateuse des artères par Hogdson n'a pas le mérite de la nouveauté, puisqu'on la trouve en partie, un siècle avant lui, dans les œuvres de Morgagni.

Enfin, si l'auteur anglais a indiqué l'insuffisance aortique consécutive à la simple dilatation du vaisseau et de l'orifice, il est juste de rappeler que c'est à un auteur français, à Vieussens, que l'on doit, dès 1715, la première description de l'insuffisance aortique, celle-ci ayant été observée chez un malade dont, à l'autopsie, « les parois du tronc de l'aorte parurent trop épaisses, fort dures et comme cartilagineuses ; ses valvules semi-lunaires étaient fort tendues et découpées dans leur extrémité ; toutes leurs coupures, qui avaient quelque rapport avec les dents d'une scie, étaient véritablement pierreuses. »

Cette observation de Vieussens, antérieure de plus d'un siècle à celles de Hope et de Corrigan, indique quelques-uns des symptômes de l'insuffisance aortique : « L'abattement des yeux, la pâleur et la bouffissure du visage, le pouls fort plein, fort vite, dur, inégal, et si fort que l'artère de l'un et de l'autre bras frappait le bout de mes doigts autant que l'aurait fait une corde fort tendue et violemment ébranlée. » Après avoir décrit les lésions des valvules sigmoïdes dont « leurs extrémités ne pouvaient jamais s'approcher d'assez près pour ne laisser aucune ouverture entre elles », il décrit, d'une façon presque parfaite, les résultats de cette inocclusion valvulaire : « Toutes les fois que l'aorte se contractait, elle renvoyait dans le ventricule gauche une partie du sang qu'elle venait de recevoir. C'était donc le dérèglement du cours du sang, causé par la tension et les coupures pierreuses des valvules sigmoïdes du tronc de l'aorte qui causait la palpitation du cœur et le battement de cette artère qui se faisait par de très fortes secousses (2).

Un siècle plus tard, en 1815, Hogdson décrit à l'exemple de Morgagni et après lui la dilatation non anévrismale de l'aorte et les lésions de l'aortite chronique ; enfin, il parle de l'altération des valvules sigmoïdes, qui « se changent assez souvent en une substance dense, fibreuse, semblable en quelque sorte à celle des ligaments ou des tendons, quelquefois, ajoute-t-il, elles sont converties en cartilage... Lorsqu'elles sont attaquées de la sorte, elles ont une apparence resserrée et contractée, et sont évidemment impropres à leurs fonctions. Leur état de rugosité et de contraction, lorsqu'elles sont converties en cartilage, les empêche aussi de pouvoir clore l'entrée du vaisseau, de sorte qu'une portion du sang qui est lancée dans l'aorte reflue dans le ventricule. »

Vieussens, comme on le voit, n'a pas dit autre chose, et comme c'est l'auteur français qui a donné la première observation d'insuffisance aortique, cette maladie mérite mieux le nom de *maladies de Vieussens*, que celui de « maladie de Corrigan ».

Quant au nom de « maladie de Hogdson » donné à l'aortite chronique avec dilatation du vaisseau, il est absolument injuste, puisque d'autres observateurs (Boerhaave, Morgagni, Vieussens) ont précédé l'auteur anglais dans cette étude. Tout cela démontre qu'avant d'attribuer le nom d'une maladie à un savant, il est bon de connaître et de lire attentivement les auteurs anciens, sous peine de s'exposer à une erreur historique. Chacun de ces quatre auteurs a une part de mérite dans la description de l'aortite chronique : Boerhaave et Morgagni pour l'anatomie pathologique ; Vieussens pour la première observation clinique d'insuffisance aortique ; Hogdson, pour l'insuffisance aortique par dilatation du vaisseau. Pour être équitable, il faudrait donner à cette maladie les noms de ces quatre auteurs, ce qui n'est pas possible. Nous devons donc continuer à lui donner la désignation plus simple et beaucoup plus juste « d'aortite chronique. »

Quelques années plus tard, après l'apparition du livre de Hogdson, Bertin et Bouillaud, en 1824, consacrent un chapitre important à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'aortite chronique. Ils décrivent ses incrustations calcaires, « donnant une ressemblance à des coquilles d'œufs », situées, le plus souvent, au-dessous de la membrane interne, et pouvant oblitérer presque l'aorte et les artères qui en naissent ; et après avoir signalé les « masses pustuleuses » de l'aorte, l'état d'endurcissement et d'épaississement général de toutes les membranes artérielles, les ulcérations du vaisseau avec aspect sale, sanieux et noirâtre, ils parlent de la possibilité de ruptures aortiques, dont ils donnent plusieurs observations. Parmi les causes (violences extérieures, chutes, contusions, abus des liqueurs spiritueuses, fièvres graves, régime trop excitant, hypertrophie du cœur), ils font jouer un rôle important aux exercices violents, en s'appuyant sur l'autorité de Boerhaave, qui avait fait la remarque, qu'on n'oberve pas d'ossifications aortiques chez les cerfs se nourrissant tranquillement dans les parcs, tandis qu'on les rencontre chez ceux qui se sont longtemps exercés à la course.

Plus tard après les travaux de Corrigan (1832), de Guyot et de Charcelay (1834-1836) sur l'insuffisance aortique dont les deux derniers ont si bien caractérisé le souffle, Gintrac (de Bordeaux) en 1835, et trois ans plus tard Norman Chevers insistent sur les rapports de l'aortite avec l'angine de poitrine, rapports que Lancereaux en 1861 et Peter, dix ans après lui (en 1871), ont expliqués par l'inflammation concomitante des nerfs du plexus cardiaque.

b. Aortite suppurée. — En 1829, Andral donne la relation d'un fait où la membrane interne de l'aorte était soulevée par une douzaine de petits abcès gros comme une noisette et renfermant du pus phlegmoneux. Rokitansky émit des doutes sur la valeur de cette observation et pensa qu'il s'agissait d'un athérome ramolli. Mais bientôt Virchow cita lui-même un cas semblable où l'examen microscopique montra l'existence de globules du pus.

Plus tard, Spengler, Schutzenberger, en 1856, publièrent deux autres observations. — La première concerne un malade de trente-huit ans qui, après un rhumatisme et un refroidissement, présenta les symptômes d'infection purulente. A l'autopsie, on trouva une endocardite ulcéreuse, un abcès situé dans l'épaisseur des parois aortiques et ouvert dans le cœur. — La seconde observation est relative à un cas de rupture d'un abcès gros comme une noisette situé à l'origine de l'aorte et développé entre les tuniques interne et moyenne.

Enfin, Leudet publia en 1861 l'observation d'une aortite suppurée chez un homme de quarante-neuf ans. L'abcès, de la grosseur d'une aveline, siégeait au-dessus des valvules sigmoïdes de l'aorte dans l'épaisseur des membranes interne et moyenne, et communiquait avec la cavité vasculaire.

D'autres faits, terminés par des anévrismes de l'aorte, consécutifs à la production d'un foyer purulent dans la tunique élastique, ont encore été signalés par Rokitansky et Lebert (1).

Dans toutes ces observations, les malades ont présenté

---

(1) Hogdson. — A Treatise on the diseases of the arteries and veins, containing the pathology and treatment of aneurism and wounded arteries (*London*, 1815). Voici les cinq chapitres auxquels je fais allusion : 1° De l'inflammation des membranes artériciles ; 2° De l'ulcération des membranes artérielles ; 3° De la mortification des membranes artérielles ; 4° Des diverses apparences morbides des membranes artérielles ; 5° De la dilatation contre nature des artères.

(2) On doit encore à Vieussens la première observation de rétrécissement mitral dont il a, dès l'année 1715, admirablement indiqué la physiologie pathologique.

(1) Andral (*Précis d'anatomie pathologique*, t. II, 1829. Virchow (*Arch. f. path. anat.*, 1847). — Spengler (*Arch. f. path. anat.*, 1852). — Rokitansky (*Mém. de l'Ac. des Sc. de Vienne*, 1853). — Schutzenberger (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1856). — H. Lebert (*Handb. der prakt. med.*, t. II. 1859). — Leudet (*Arch. de méd.*, 1861).

les symptômes et accidents de l'infection purulente frissons répétés, abcès de la rate, méningite, pneumonie, etc.), et l'infection purulente a été attribuée à la pénétration directe du pus dans le liquide sanguin. Mais, à ce sujet, on peut se demander si ces abcès intra-aortiques, analogues aux abcès intra-myocardiques de l'endocardite ulcéreuse, n'étaient pas déjà les effets de la pyohémie, au lieu d'en être considérés comme la cause. Cette interprétation est d'autant plus probable que, dans quelques-unes de ces observations, on a noté l'existence concomitante d'une endocardite ulcéreuse, et que Lebert (1) dans un cas d'infection purulente a constaté l'existence d'un petit abcès à l'oiigine de l'aorte.

Les abcès aortiques sont analogues, ai-je dit, aux abcès intra-myocardiques de l'endocardite ulcéreuse. En effet, dans cette dernière maladie, on a constaté l'existence dans l'intérieur du myocarde de collections purulentes qui peuvent être dues à la propagation phlegmasique de l'endocarde enflammé au muscle cardiaque, ou qui sont isolées et plus ou moins éloignées de la surface ulcérée ; mais, dans ce dernier cas, on trouve, dans le pus des abcès intra-myocardiques ou intra-aortiques et dans lessécrétions des ulcérations végétantes, les mêmes microorganismes.

Existerait-il cependant, pour l'aorte comme pour le myocarde (2), des faits de suppuration *primitive* et non secondaire à l'endocardite ulcéreuse ou à toute autre lésion ? Le fait est possible et même probable. En tous cas, l'aortite suppurée est une rareté pathologique.

c. *Aortite ulcéreuse.* — Quant à cette aortite avec symptômes infectieux analogues à ceux de l'endocardite ulcéreuse, quelques auteurs (Stokes, Lebreton, Lecorché, Garcin, Turner) en ont cité des exemples, et j'ai vu moi-même se développer dans le cours de l'athérmoe artériel une aortite ulcéreuse avec accidents généraux et infectieux d'une grande gravité (3). Ce fait doit même être plus fréquent qu'on le croit, et je suis porté à croire qu'un certain nombre de vieillards présentant des phénomènes typhoïdes et adynamiques souvent inexpliqués succombent à cette complication.

Anatomie pathologique. — Les détails dans lesquels je suis entré au sujet de l'anatomie pathologique de l'athérome, de l'artério-sclérose et de l'aortite aiguë, me dispensent de faire une nouvelle description des lésions dues à l'aortite chronique. Du reste, ces lésions sont bien connues depuis des siècles.

Elles consistent dans l'épaississement des tuniques de l'aorte, et dans la dilatation de son calibre. Sa surface interne présente des plaques jaunâtres et irrégulières, d'une consistance variant de celle d'un parchemin mouillé à celle d'un cartilage et même de la substance osseuse (aorte de *parchemin*, de *carton* ou de *tôle*, d'après la comparaison de Peter). Les lésions sont toujours de différents âges, et à côté de plaques presque molles ou gélatineuses de nouvelle formation, on trouve d'autres plaques jaunâtres d'une consistance un peu lardacée, et même très dure. Au dernier degré de l'altération, ces plaques ossiformes sont plus dures, cassantes, lamelleuses, elles sont souvent déprimées à leur centre, et saillantes à la périphérie, où elles présentent des aspérités plus ou moins rugueuses qui sont une cause d'appel pour les dépôts de fibrine, pour des amas thrombosiques. lesquels deviennent parfois la source d'embolies multiples.

Il est inutile, après les détails dans lesquels je suis entré au sujet de l'anatomie microscopique de l'athérome artériel. d'agiter de nouveau la question de nature et de composition de l'athérome aortique. Cependant, à ce sujet, voici l'opinion de Rostan qui, au commencement de ce siècle, a posé la question sur son véritable terrain :

« Quant à l'opinion qui fait dépendre les altérations de l'aorte, telles que les plaques jaunâtres, cartilagineuses, osseuses, crétacées, athéromateuses, de l'état inflammatoire, j'ose affirmer qu'elle est entièrement hasardée. Ces dégénérescences extrêmement fréquentes chez les vieillards, je dirais presque constantes, surviennent toujours d'une manière insensible, sans travail inflammatoire. »

Le maximum d'intensité des lésions se trouve presque toujours au niveau des courbures et des bifurcations des vaisseaux, et dans l'aorte, surtout à son origine et à son grand sinus. Le ramollissement des plaques athéromateuses donne lieu, en certains points, à la formation de pseudo-abcès renfermant une sorte de bouillie d'une couleur blanc jaunâtre, ou même noirâtre, lorsque des ulcérations ont fait pénétrer le sang dans leur intérieur. C'est là une des causes les plus fréquentes des anévrismes disséquants de l'aorte et des anévrismes en général. Ces abcès athéromateux renferment une grande quantité de granulations et gouttelettes graisseuses, des corps granuleux. de la cholestérine et des acides gras.

Par suite de la dilatation de l'aorte qui peut acquérir de grandes dimensions (9 à 10 centimètres), l'orifice aortique se dilate, et il en peut résulter une insuffisance sans lésion des valvules sigmoïdes. Par suite de cette dilatation, l'aorte dépasse de 1 à 3 centimètres le bord droit du sternum. et s'élève parfois jusqu'au-dessus de la fourchette sternale dont elle est distante normalement de 15 à 20 millimètres. Cette dilatation aortique développée aux dépens des trois tuniques du vaisseau a pour caractères d'être ordinairement régulière, fusiforme, et de ne renfermer aucun coagulum, comme dans la plupart des anévrismes. Hogdson a eu certainement le mérite d'insister sur ce dernier caractère ainsi que sur l'élargissement de l'orifice aortique consécutivement à la dilatation du vaisseau. La plupart des artères collatérales présentent la même dilatation et les mêmes lésions, surtout au niveau de leurs origines et de leurs bifurcations où la lésion peut être assez accentuée pour rétrécir ou même oblitérer leur calibre.

Les valvules aortiques sont parfois très altérées, inégales, immobilisées pour ainsi dire par les dépôts athéromateux qui peuvent déterminer leur symphyse et leur accolement.

Le plus souvent, le cœur est hypertrophié et atteint de sclérose dystrophique ; d'autres fois, au contraire, il reste presque intact au milieu de cette altération si profonde des gros vaisseaux artériels ; dans quelques cas, il est atteint d'atrophie considérable, comme le fait existe dans certains anévrismes de l'aorte même volumineux (1).

(*A suirre*).

(1) Lebert (*Virchow's Handbuch der Pathologie*, 1855).

(2) Voir, pour la myocardite suppurée, les faits de Stevenel et Féréol. — Carter. A case of rhumatic fever. Exulcerative endocarditis abcess in wall of left ventriele (*Med. Times and Gaz.*, 1880). — Richardière. Des abcès du cœur dans l'endocardite ulcéreuse (*Soc. anat.*, 1888). — Cenas. Myocardite suppurée du septum (*Loire méd.*, 1892).

(3) Stokes (*loc. cit.*). — Lebreton (*Soc. anat. de Paris*, 1867). — Lecorché (*Thèse d'agrégation de Paris*, 1869). — Garcin *Marseille médical*, 1879). — Turner (*Soc. path. de Londres*, 1886).

(1) Stokes a fait le premier cette remarque de l'atrophie du cœur dans les anévrismes de l'aorte.

Assistance publique. — *Répartition des fonds du Pari Mutuel.* — La Commission de repartition des fonds du Pari Mutuel a réparti une somme de 1.125.000 francs entre diverses œuvres de bienfaisance, dont 725,000 francs pour Paris. Voici le détail de cette repartition. *Paris* : Assistance publique de Paris : Subvention pour la création d'un hôpital de teigneux, 700,000 fr. Asile de vieillards protestants, dit de la Muette : Subvention pour la reconstruction de l'asile, 10,000 francs. Association des Dames françaises : Construction d'un hopital d'instruction, 10,000 francs. Creation d'un dispensaire municipal dans le XI[e] arrondissement de Paris, 5,000 francs. — *Départements* : Cantal : Subvention destinée à la construction d'un hospice civil et militaire, 500,000 francs. — Eure-et-Loir : Subvention pour la construction de deux batiments annexes au dépot de mendicité de Courville, 70,000 francs. — Eure : Subvention pour la construction d'une salle de bains et l'acquisition du matériel, 21,000 francs. — Somme : Subvention pour l'acquisition d'une etuve locomobile à desinfecter, 9,000 francs.

THÉRAPEUTIQUE

Du salol dans l'organisme ;

Par le Dr Paul CORNET.

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Hayem et de son distingué préparateur, M. Winter, de poursuivre au laboratoire de thérapeutique de la Faculté des recherches personnelles dont voici quelques résultats.

On admet, depuis Nencki, que le salol se décompose, d'une façon absolue et exclusive, dans l'intestin. Nous venons démontrer que, dans l'estomac, l'intégralité du salicylate de phényle n'est pas vraie pour toute la durée d'une seule et même digestion. A cet effet, nous avons expérimenté sur dix animaux. Chez trois chiens, le liquide gastrique retiré au bout d'une demi-heure, de trois quarts d'heure, et d'une heure après l'ingestion de 2 grammes de salol confirme ce fait déjà établi (1) et prévu par l'étude des caractères physiques du salol, savoir : l'absence de ce corps lui-même, ni d'aucun de ses éléments, dans le liquide stomacal *filtré*.

Mais le véritable intérêt de cette étude réside dans nos recherches sur les sept autres chiens, dans l'organisme desquels (estomac, intestin, sang, urine, fèces) nous avons recherché post-mortem ce que devient le salol, à des moments variables, après l'ingestion de 2 ou 3 grammes. Nous ne donnons ici que les résultats relatifs à l'estomac et à l'intestin.

Mode opératoire. — Avant toute recherche sur le salol, il est d'absolue nécessité d'en vérifier soi-même la pureté chimique. On l'introduit dans l'estomac du chien par la sonde œsophagienne : c'est le moyen le plus sûr. Le salol, délayé pour cela dans l'eau, présente il est vrai (2) l'inconvénient d'adhérer aux parois des récipients, mais il suffit d'un lavage avec un filet d'eau pour faire tomber cette peu gênante objection. Les chiens refusent presque toujours le salol mêlé aux aliments ; et faire une émulsion de cette substance avec de l'huile (3), c'est introduire un nouveau corps gras dans l'estomac, alors que les aliments nuisent déjà par eux-mêmes à la sensibilité des réactions.

Il est nécessaire, de suite après le salol, de donner aux chiens des aliments. C'est dans le but, et de provoquer un travail digestif plus ou moins prolongé, et d'empêcher, autant que possible, les vomissements. Notons que malgré ces conditions, alors que d'autres (4) avec des doses bien plus élevées de salol n'ont observé aucun trouble ni malaise chez le chien ni chez l'homme, huit de nos animaux sur dix ont présenté plus ou moins, après une demi-heure ou une heure, ces phénomènes réflexes.

Nous avons sacrifié les chiens, les uns par la section du bulbe, et les autres (trois) par saignée totale carotidienne, en vue de l'analyse du sang. Le réactif employé a été la solution de perchlorure de fer à 30°, étendue d'eau. Les multiples évaporations consécutives aux macérés d'organes ou parties d'organes, dans de l'éther et de l'eau avec 1 ou 2 gouttes d'acide chlorhydrique, ont été faites dans des capsules en porcelaine. Celles-ci nous paraissent préférables aux verres de montre, lesquels, avec du salol pur, font voir par transparence une teinte violacée de nature à donner le change, alors que les capsules blanches permettent avec une absolue netteté d'évaporer plus vite une plus grande quantité d'éther.

Résultats.— 1re *Expérience* : 2 grammes de salol sont donnés à un chien. *Une 1/2 heure après* l'animal est tué. On constate :

Dans l'estomac	Acide salicylique :	néant.
	Salol :	présence.
Dans l'intestin grêle :		
Partie supérieure	Acide salicylique :	présence.
	Salol :	présence.
Partie inférieure	Acide salicylique :	présence.
	Salol :	présence.

2e *Expérience*. — 2 grammes de salol. *Une heure après*, mort.

Estomac	Acide salicylique :	néant.
	Salol :	présence.
Intestin grêle :		
Moitié supérieure	Acide salicylique :	présence.
	Salol :	néant.
Moitié inférieure	Acide salicylique :	néant.
	Salol :	néant.

3e *Expérience*. — 2 grammes de salol. *Une heure après*, mort. Même résultat que la précédente.

4e *Expérience*. — 2 grammes de salol. *Deux heures 1/2 après*, mort.

Estomac	Acide salicylique :	**présence**.
	Salol :	présence.
Intestin grêle.		
Moitié supérieure	Acide salicylique :	présence.
	Salol :	présence.
Moitié inférieure	Acide salicylique :	présence.
	Salol :	présence.

5e *Expérience*. — 3 grammes de salol. *Trois heures après*, mort.

Estomac	Acide salicylique :	**présence**
	Salol :	présence.
Intestin grêle.		
Partie supérieure	Acide salicylique :	présence.
	Salol :	néant.
Partie inférieure	Acide salicylique :	néant.
	Salol :	néant.

6e *Expérience*. — 2 grammes de salol. *Trois heures 1/4 après*, mort.

Estomac	Acide salicylique :	**présence**.
	Salol :	présence.
Intestin grêle :		
Moitié supérieure	Acide salicylique :	présence.
	Salol :	néant.
Moitié inférieure	Acide salicylique :	néant.
	Salol :	néant.

7e *Expérience*. — 3 grammes de salol. *Quatre heures après*, mort.

Estomac et intestin	Acide salicylique :	néant.
	Salol :	néant.
Fèces	Acide salicylique :	néant.
	Salol :	**présence**

Ainsi le fait important qui se dégage nettement de l'examen comparatif ci-dessus, c'est que si, une heure au moins après l'ingestion du salol, on constate son dédoublement en premier lieu et exclusivement dans l'intestin, cet exclusivisme de *Nencki* et *Salhi* cesse d'être vrai au bout de 2 h. 1/2, 3 h. et 3 h. 1/4 après l'ingestion de 2 ou 3 gr. de salol.

Nous donnons ces faits, sans vouloir encore les interpréter. Disons qu'il est constant que le salol est insoluble en milieu acide, et décomposable en milieu alcalin, puisqu'il suffit, d'après nous, de 2 gr. 50 de lessive de soude à 36° par litre d'eau.

En matière d'hypothèses, la première qui s'offrirait à nous avec une vraisemblance de causalité serait une modification bien incertaine mais possible du milieu gastrique. Nous utiliserons dans ce sens la méthode analytique de M. Winter, dont nous apprécions en ce moment même la rigueur scientifique, en étudiant l'é-

(1) Nicot. — *Bulletin général de thérap.*, 1887.
(2) Nicot. — *Loc. cit.*
(3) Nicot. — *Loc. cit.*
(4) Mossé. — *Gaz. hebdom. sc. médic.* Montpellier, 1887.

volution chimique du liquide gastrique dans des conditions particulières et provoquées.

Un autre remarque découle de nos recherches, c'est la présence dans l'intestin et dans les fèces de salol non décomposé. Lépine a constaté ce fait au microscope, nous l'avons vérifié par l'analyse.

Quant à l'action exclusive du suc pancréatique sur le salol, admise par Salhi et Lépine, elle devient fortement contestable par le fait d'avoir trouvé de l'acide salicylique dans l'estomac. D'ailleurs Papuli, Renzi, Réale et Gley ont déjà infirmé, pour des causes différentes des nôtres, et dans ce qu'elle a d'exclusif, la théorie pancréatique.

Enfin Sievers et Ewald ont proposé le salol pour apprécier la puissance motrice de l'estomac. La décomposition tardive du salol dans ce viscère semble détruire la valeur déjà contestée de ce procédé.

Conclusions. — En résumé, les faits que nous apportons aujourd'hui tendent à démontrer que : 1° Le salol se décompose d'abord dans l'intestin. 2° Dans l'estomac, on trouve de l'acide salicylique, 2 et 3 h. après l'ingestion de 2 et 3 gr. de salol. 3° Le salol n'est pas complètement décomposé dans l'intestin. On en retrouve dans les fèces.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etudes sur l'organisation du Service de santé.

Depuis quelques années, les médecins de la réserve et de l'armée territoriale sont appelés à tour de rôle sous les drapeaux, pour des périodes d'instruction de 28 et de 13 jours. Un certain nombre d'entre eux nous ont fait part des réflexions que leur avait inspirées les faits qu'il leur a été donné d'observer. A quelque corps d'armée qu'ils aient été rattachés, les critiques qu'ils formulaient étaient à peu près les mêmes ; cette concordance remarquable dans leur appréciation était la meilleure démonstration de son exactitude. Elle éveilla notre attention et nous résolûmes alors d'étudier d'une façon particulière l'organisation du Service de santé de l'armée de terre. C'est le résultat de cette étude, longue et délicate, que nous avons l'intention d'exposer dans cet article et dans les suivants.

Puisque tous les médecins civils, âgés de moins de 45 ans, doivent faire campagne en temps de guerre, aucun d'eux ne saurait se désintéresser des questions que nous allons traiter : elles touchent de la façon la plus intime à leur responsabilité, au bon fonctionnement du service, à la santé des malades et des blessés, à la sécurité de la patrie.

Il est donc pour eux d'un très haut intérêt d'être renseignés dès maintenant sur l'organisation générale du Service de santé, sur les efforts constants effectués et les remarquables résultats obtenus par les hommes éminents qui sont à la tête de la Direction supérieure du Corps de santé militaire (7e direction du Ministère de la guerre), ainsi que sur les points de détail qui nous semblent être encore organisés d'une façon insuffisante ou défectueuse. Nous croyons en effet faire œuvre de bon patriote en signalant ces défectuosités, persuadé d'ailleurs qu'il aura suffi d'attirer l'attention sur elles pour les voir promptement disparaître.

I. — Le Service de santé en temps de guerre.

Voilà juste dix ans, le Service de santé était placé sous la direction des fonctionnaires de l'intendance. La loi du 16 mars 1882, améliorée et complétée par celle du 1er juillet 1889, lui a donné une autonomie aussi complète que celle de l'artillerie ou du génie. Depuis que ces deux lois sont en vigueur, les médecins militaires, en dehors de leurs obligations professionnelles, sont chargés de la surveillance administrative et de l'approvisionnement des établissements hospitaliers, de la direction des sections d'infirmiers, de l'ordonnancement des dépenses et de la vérification des comptes.

Ce nouvel état de choses a évidemment amélioré la situation du Service de santé et lui a conféré certains avantages moraux ; en même temps, il lui impose de nouveaux devoirs, car la Direction du Corps de santé supportera seule désormais, devant le pays, la responsabilité des résultats obtenus, puisqu'elle seule aura organisé ses services.

Une grande tâche est donc dévolue à la 7e Direction, au lendemain du jour où elle est créée.

Jusqu'en 1870, les médecins de l'armée active avaient suffi presque exclusivement à assurer en temps de guerre les besoins des hôpitaux de campagne, des ambulances et des divers postes de secours, fixes ou mobiles ; mais alors les armées étaient peu nombreuses, comparativement au développement formidable qu'elles ont acquis maintenant. Depuis les nouvelles lois militaires, qui ont institué le service obligatoire pour tous les hommes valides de 20 à 45 ans, le nombre des combattants s'est accru dans des proportions inconnues jusqu'alors, et les charges qui incombent au Service de santé se sont elles-mêmes accrues dans la même proportion. Le cadre des médecins de l'armée active allait donc être, en temps de guerre, notoirement insuffisant. Aussi les lois du 24 juillet 1873 et du 13 mars 1875 créèrent-elles un cadre auxiliaire de médecins, de pharmaciens et d'officiers préposés à l'administration des hôpitaux, faisant partie de la réserve et de l'armée territoriale. Par suite de ces mêmes lois, le nombre des Sections d'infirmiers fut augmenté pour l'armée active, des Sections spéciales furent créées pour l'armée territoriale ; de même, le matériel fut augmenté dans une proportion considérable et fut même transformé radicalement, en raison des progrès récents de la chirurgie.

Cette réorganisation du Service de santé est à peu près achevée : elle s'est faite sans bruit, sous l'habile et énergique impulsion des différents chefs qui ont été placés successivement à la tête de la 7e direction ; elle fait surtout honneur au Directeur actuel, au Comité technique de santé et aux médecins-adjoints tant au Comité qu'à la Direction.

A l'heure présente, le Service de santé en temps de guerre englobe environ 9.000 officiers 45.000 sous-officiers, caporaux et infirmiers, plus de 5.000 voitures techniques ou de transport, environ 1.200 à 1.500 litières, au moins 2.800 cacolets et 14.000 chevaux de trait ou de bât. Ces chiffres sont inférieurs à la réalité, ils suffisent néanmoins pour faire toucher du doigt l'importance du Service de santé, ainsi que les lourdes responsabilités qui incombent à la 7e Direction. Si l'on

en excepte l'infanterie, aucune autre arme ou aucun autre service ne possède en temps de guerre un aussi grand nombre d'officiers. Les troupes sanitaires sont notablement supérieures à l'effectif d'un corps d'armée sur le pied de guerre. Le nombre des chevaux de trait ou de bât, non compris les chevaux de selle des officiers, dépasse l'effectif de quatre divisions de cavalerie. Les voitures attelées, roulant sur une seule route et avec l'écartement d'usage, formeraient un convoi ayant plus de 50 kilomètres de longueur. Bref, on peut affirmer que les troupes sanitaires, massées en un seul groupe avec leur matériel, formeraient un rassemblement plus considérable que ne l'étaient les armées commandées jadis par Turenne et Condé.

Certes, cet effectif est énorme. Cependant, le Service de santé sera-t-il en mesure de satisfaire aux exigences sanitaires des guerres futures ? Pour répondre à cette importante question, il nous faut examiner le plan d'organisation, tel qu'il découle des ressources disponibles en temps de guerre.

Les chiffres que nous allons donner sont volontairement inexacts : on en comprendra la raison. Aucune révélation de ce genre ne peut pourtant être considérée comme une indiscrétion, puisque le Service de santé ne comporte aucune indication dont la connaissance pourrait être dangereuse au point de vue de la défense du pays. Toutefois, les faits que nous allons énumérer sont connus du public militaire, exposés dans les revues spéciales ou déduits de la lecture de l'*Annuaire militaire*.

Nous passerons en revue le personnel et le matériel sanitaires en temps de guerre, puis leur groupement et leur répartition entre les différentes unités tactiques des armées mobilisées.

II. — Le Personnel sanitaire.

Ce personnel comprend des officiers et des troupes sanitaires. Le personnel-officiers comprend des médecins, des pharmaciens et des officiers d'administration du service des hôpitaux. Il comporte au total environ 9.000 titulaires, soit du cadre actif, soit du cadre auxiliaire (réserve et armée territoriale).

D'après l'*Annuaire*, le cadre actif comprend à peu près 1.735 officiers ; le cadre auxiliaire en comprend 7.265. Il y a donc, en moyenne, un officier de l'armée active pour quatre officiers du cadre auxiliaire. L'importance prépondérante dévolue au cadre auxiliaire, en temps de guerre, au point de vue de l'exécution du service, saute immédiatement aux yeux. Le tableau suivant, dans lequel nous avons réparti les officiers dans leurs catégories spéciales, en donne une démonstration saisissante.

Cadre.		Médecins.	Pharmaciens.	Officiers d'administration.	Totaux.
1° Actif		1261	125	349	1735
2° Auxiliaire.	Réserve	936	350	746	2032
	Territoriale	3810	738	685	5233
Totaux		6007	1213	1780	9000

Que la mobilisation se fasse aujourd'hui, on disposera donc de :

1 médecin du cadre actif	pour encadrer	4 médecins du cadre auxil.
1 pharmacien	— —	8 pharmaciens —
1 officier d'administration	— —	4 off. d'adm. —

Une pareille infériorité numérique du cadre actif, comparé au cadre auxiliaire, est particulière au service de santé : rien de semblable ne s'observe dans aucune arme, ni dans aucun service comparable. Par exemple, pour l'intendance, on trouve :

1 officier de l'intendance	du cadre actif	pour 1 officier du cadre auxil.
1 officier d'administration des bureaux		— 1 — —
1 officier d'administration des subsistances		— 2 — —

De même, pour le génie, on trouve :

1 officier	du cadre actif	pour 1 officier du cadre auxil.
1 adjoint du génie		— 2 adjoints —

Cette situation est des plus graves, car elle a pour conséquence immédiate l'absolue nécessité d'abandonner au cadre auxiliaire de santé la direction exclusive de presque toutes les formations sanitaires de l'armée de seconde ligne, ou encore moitié de celles-ci et moitié des formations hospitalières de l'armée de première ligne, comme nous nous proposons de le démontrer par la suite. Quelque combinaison qu'on adopte pour organiser la mobilisation du Service de santé, il est impossible d'échapper à l'une ou à l'autre de ces deux situations également dangereuses.

Il est certain que le cadre auxiliaire des médecins est, au point de vue purement technique, parfaitement à la hauteur de sa mission ; mais l'est-il également au point de vue de la direction ? Assurément non !

Quant aux officiers d'administration de ce même cadre auxiliaire, on peut affirmer qu'à part ceux qui ont quitté l'armée active par démission ou ceux qui sont maintenus à la disposition du Ministre pendant les cinq années suivant leur mise à la retraite, une infime minorité d'entre eux aura la pratique suffisante des règlements et du matériel. Cette appréciation ne saurait les blesser, car la pratique de l'administration militaire, d'une si grande complication, ne peut s'acquérir qu'en administrant, et non par la mémoire seule.

Ainsi donc, il est démontré avec la dernière évidence que le cadre actif du Service de santé est d'une insuffisance numérique hors de toute proportion avec les besoins éventuels de la mobilisation. Cette insuffisance est telle que, même en temps de paix, le Service de santé est incapable de satisfaire aux besoins des services régimentaires et hospitaliers, dans les limites déterminées et fixées par les lois du 13 mars 1875 et du 24 juillet 1883. En effet, depuis la promulgation de ces lois, plus de 50 nouveaux corps de troupes ont été créés successivement, sans que le cadre des médecins militaires ait été renforcé des 23 majors de première classe (1), des 46 majors de deuxième classe et des 35

(1) Depuis que nous avons réuni ces notes, un décret du 31 décembre 1891 a augmenté le cadre de 14 médecins-majors de première classe, pour remplir les emplois créés par l'organisation des régiments mixtes.

aides-majors (au minimum 104 officiers) que cette création eût dû avoir pour conséquence logique.

Mais voilà qui est encore plus singulier! Que l'on consulte l'*Annuaire*, et l'on constatera avec étonnement que le cadre actif du Service de santé ne comporte pas même le nombre de titulaires fixé par les tableaux annexés à la loi du 16 mars 1882, soit :

1300 médecins,
185 pharmaciens,
350 officiers d'administration des hôpitaux.

Il y a 39 vacances de médecins et 60 vacances de pharmaciens ! Et pour ces derniers, dont le déficit représente environ le tiers du cadre total, il n'y a plus eu de recrutement depuis l'année 1889 (1).

A qui incombe la responsabilité de ces faits? Cette situation est-elle imposée au Ministre, contre son gré, par la loi des finances, ou résulte-t-elle d'une simple décision de la 7e Direction? Nous l'ignorons. Nous devions du moins jeter un cri d'alarme et montrer que cette situation illégale et dangereuse ne passait pas inaperçue. Quoi qu'il en soit, le déficit de 39 médecins que nous venons de constater se répartit ainsi :

5 médecins principaux de 1re classe,
1 médecin principal de 2e classe,
23 majors de 1re classe,
10 aides-majors.

Reportons-nous encore aux tableaux annexés aux lois du 13 mars 1875 et du 24 juillet 1883 : en tenant compte des régiments créés depuis lors, on arrive à cette conclusion que, même en temps de paix, le service régimentaire présente un déficit de 18 majors de 1re classe et de 62 aides-majors. Il est vrai que le déficit dans ce dernier grade est presque entièrement compensé par un excédent de 59 majors de 2e classe, ce qui n'est pas non plus une situation conforme aux lois.

En temps de paix, le cadre actif ne se borne pas à assurer le service régimentaire : il doit encore pourvoir aux besoins multiples des hôpitaux militaires ou militarisés, des écoles, des directions du Service de santé dans les corps d'armée, du ministère de la guerre, etc. C'est ainsi, par exemple, que 103 officiers occupent des situations en dehors des régiments et des hôpitaux, savoir :

10 médecins inspecteurs,
24 principaux de 1re classe,
5 principaux de 2e classe,
24 majors de 1re classe,
31 majors de 2e classe,
9 aides-majors.

En dehors de ces officiers et des médecins affectés au service des régiments, 283 médecins sont répartis entre 118 hôpitaux (85 hôpitaux exclusivement militaires et 33 hôpitaux mixtes), savoir :

16 principaux de 1re classe,
39 principaux de 2e classe,
71 majors de 1re classe,
53 majors de 2e classe,
104 aides-majors.

(1) De même, un décret du 14 novembre 1891 a institué un concours annuel pour le recrutement des pharmaciens militaires. A la suite du premier concours, qui a eu lieu le 21 décembre dernier, on a admis 5 élèves en pharmacie, dont 2 à une inscription, 1 à cinq inscriptions et 2 à neuf inscriptions.

En outre de ces 118 hôpitaux, il existe encore 164 hôpitaux mixtes qui reçoivent des malades militaires, mais auxquels n'est affecté aucun médecin titulaire. Les malades y sont soignés par les médecins régimentaires, qui font par surcroît de besogne le service hospitalier.

Pour achever ce tableau du service hospitalier en temps de paix, ajoutons encore que tous les hôpitaux mixtes, ayant pour titulaires des médecins principaux, sont des hôpitaux de chefs-lieux de Corps d'armée, de centres de camps retranchés ou de garnisons de brigades d'artillerie. Ces hôpitaux desservent donc des garnisons à gros effectifs ; dans la plupart d'entre eux, le médecin principal fait à la fois fonction de médecin-chef, de médecin traitant, d'aide-major ; il est encore chargé de la surveillance administrative de la section d'infirmiers affectée à la région, quand elle tient garnison au chef-lieu. Il est aidé dans le service hospitalier par un médecin-major du service régimentaire de la garnison, appelé à ces fonctions pour une période de trois mois. Il n'a d'ailleurs à sa disposition que des infirmiers civils, dépendant d'une administration également civile, en sorte qu'il n'a aucune autorité réelle ni sur les uns ni sur l'autre. Très rarement on lui adjoint, à titre permanent, un aide-major ou un major de 2e classe, attaché en même temps au service de la Direction du Corps d'armée.

Quand, au contraire, le chef-lieu de Corps d'armée possède un hôpital exclusivement militaire, le personnel médical y compte un plus grand nombre de médecins traitants, comme par exemple à Bourges, à Rennes, etc., alors même que l'effectif des troupes de la garnison n'est pas supérieur à celui des chefs-lieux ne possédant qu'un hôpital mixte. A quelle cause peut bien tenir cette diversité de répartition ?

Ainsi, le cadre actif des médecins comporte un chiffre inférieur aux tableaux fixés par les lois; son déficit ne semble pas être imputable à la 7e Direction, mais paraît être imposé par la loi annuelle des finances. Quoi qu'il en soit, ce cadre est numériquement insuffisant pour assurer, même en temps de paix, le service régimentaire et pour organiser solidement et logiquement le service hospitalier. Ces deux services sont encore affaiblis chaque année, pendant une période de plusieurs mois, par suite de la nécessité de détacher un certain nombre de médecins dans les hôpitaux thermaux.

Supposez, dans ces conditions, une expédition coloniale comme celle de Tunisie ou celle du Tonkin, et l'on assiste à un dangereux affaiblissement du Service de santé sur le territoire, pour ne pas dire à sa désorganisation.

A plus forte raison, qu'adviendrait-il au jour d'une mobilisation en tous temps, et non seulement si elle survenait au cours d'une de ces expéditions coloniales ? Comment la 7e Direction parviendrait-elle, avec le cadre actif, à encadrer le cadre auxiliaire, afin d'assurer la direction, non pas technique (celle-ci serait hors de cause), mais administrative, des formations sanitaires si nombreuses en temps de guerre ? Et qui ne saisirait, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, l'extrême importance de cette direction administrative, pierre angulaire

d'une solide organisation en temps de guerre? C'est d'elle surtout que dépendront les succès ou les revers sanitaires; si elle est au-dessous de sa tâche, on verra se reproduire dans l'avenir tous les désastres du passé, sans que le Corps de santé, en possession de sa pleine autonomie, puisse en décliner la responsabilité.

Le sentiment élevé des devoirs et des responsabilités inhérents à la fonction; une possession approfondie des règlements militaires, qu'une longue pratique peut seule assurer; une connaissance minutieuse du matériel, qui ne s'obtient que par un maniement antérieur et prolongé; l'habitude du commandement unie à la promptitude de décision et à la fermeté de caractère: telles sont les principales d'entre les qualités indispensables pour diriger un service en temps de guerre. On ne saurait les exiger de ceux qui n'entrent dans l'armée que le jour de la mobilisation, alors que, parmi ceux-là même qui font de la profession militaire leur carrière exclusive, plus d'un se sentira le cœur troublé en prenant la direction d'une ambulance ou d'un hôpital de campagne pendant les terribles péripéties de la bataille. — Nous continuerons cette étude dans un prochain numéro.

Dr Freeman.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 octobre 1892. — Présidence de M. Chauveau.

La Société de Biologie reçoit de M. le Ministre de l'Instruction publique l'autorisation d'accepter le legs Claude-Bernard, reliquat de la souscription pour l'érection de la statue de Claude Bernard. Ce legs est destiné à la création d'un prix spécial.

M. Depoux lit l'observation d'un capitaine atteint d'*ataxie locomotrice* avec douleurs fulgurantes, réformé pour ce fait, et qui fut guéri par les injections de liquide de Brown-Séquard. Il ne subsiste aujourd'hui que quelques légers troubles oculaires, après un traitement de trois mois moins deux jours.

M. Laborde constate sur le malade présenté que le réflexe du genou est encore aboli.

M. Brown-Séquard fait remarquer que la guérison des ataxiques s'obtient presque toujours par ce traitement. La guérison est à peu près absolue, sauf pour la réapparition du réflexe rotulien qui n'est revenu que dans un seul cas. D'ailleurs, l'absence de ce réflexe n'a pas d'importance aux yeux de M. Brown-Séquard. Il communique, de plus, l'observation d'une femme enceinte et ataxique chez laquelle le fœtus était en danger de mort. Les injections ranimèrent ce fœtus et lui donnèrent une telle vitalité qu'on fut obligé de suspendre pendant quelque temps le traitement. L'enfant vint au monde superbe. Le fait est très intéressant pour les accoucheurs. L'observation provient d'un praticien de Paris, M. le Dr Kahn.

M. Brown-Séquard. — L'*existence de glandules thyroïdiennes* extrêmement minimes autour de la glande principale chez le lapin a été mise en relief, comme on le sait, par les belles recherches de M. Gley. M. Christiani (de Genève) m'adresse une note d'où il ressort que les rats albinos ne meurent pas par l'ablation de la glande thyroïde si on n'enlève pas deux petites glandules accessoires. Les expériences portent sur 114 rats. Les glandules accessoires sont quelquefois invisibles; on peut donc se tromper aisément, et cela explique les expériences contradictoires des auteurs qui ont pratiqué l'ablation totale de la glande thyroïde.

M. Leven dépose un livre intitulé: *Système nerveux et maladies*, dans lequel il rattache au système nerveux l'origine des maladies.

M. Thiroloix présente un *chien diabétique* qui, perdant une certaine quantité de sucre et d'urée, ne maigrit pourtant pas. Le chien a subi, pour obtenir cette forme de diabète, une injection au charbon dans les canaux pancréatiques, puis l'ablation successive des différentes portions du pancréas. Le diabète se produit à coup sûr lorsqu'on donne du pain ou des amylacées à l'animal qui ne maigrit pourtant pas. Il existe donc deux faits, d'abord que la glycosurie dépend du pancréas, puis que la suppression de la glande amène la production du sucre. Mais l'amaigrissement et les autres grands signes du diabète n'existent pas, il faut donc qu'un autre organe se soit développé pour suppléer le pancréas à ce point de vue. Or, M. Thiroloix pense que ce sont les glandes de la muqueuse duodénale qui s'hypertrophient et en apporte pour preuve ce fait que la muqueuse de l'intestin se trouve considérablement épaissie dans cette forme spéciale de glycosurie par destruction du pancréas.

M. Gley fait remarquer que M. Schiff avait signalé le rôle important des glandes de l'intestin au point de vue digestif.

M. Lajard (d'Avignon) fait une communication sur les *altérations des ongles et des doigts chez les cagots* des vallées pyrénéennes, et insiste sur le parallélisme de ces altérations avec celles que l'on observe dans la lèpre.

M. Magitot rappelle que la question des cagots a été créée au Congrès de Pau, au mois de septembre dernier, par M. Bouchard (de Bordeaux). Les cagots n'existent plus comme groupe spécial; les altérations des ongles, qu'on rencontre chez des individus isolés, sont pour M. Magitot des vestiges de lèpre, de la lèpre atténuée, comme celle que M. Zambacco a retrouvée en Bretagne. Le mot cagot signifie d'ailleurs lépreux, dans le pays de Béarn. M. Magitot a constaté quatorze cas de ce genre qu'il a soumis à l'examen de M. Zambacco, et ce dernier s'est trouvé d'accord avec lui. Les déformations des cagots ne sont donc que la dernière étape de la lèpre. Elles avaient été décrites d'ailleurs par M. de Rochas.

M. Perrier présente le deuxième fascicule de son *Traité de Zoologie*.

MM. Féré et Batigue déposent une note sur *les empreintes de la pulpe des doigts et des orteils*. L'empreinte de la pulpe des doigts est en général plus caractérisée aux mains qu'aux pieds. L'empreinte des orteils tend en effet à s'uniformiser et à se ressembler chez des individus différents, comme M. Féré l'a mis en évidence l'an dernier. Aujourd'hui, les auteurs apportent 34 observations nouvelles à l'appui de cette théorie. M. Féré rappelle, de plus, que l'empreinte du pouce est encore actuellement employée comme procédé de signature par des peuplades peu civilisées.

M. Laborde dépose un exemplaire de son *Traité élémentaire de physiologie*, dont le premier volume vient de paraître.

M. Grehant décrit un instrument destiné à la recherche et au *dosage de très petites quantités de grisou*. C'est une modification de l'endiomètre.

M. d'Arsonval expose ses recherches et celles de M. Pictet sur l'action des *très basses températures, 40° au-dessous de 0 par exemple, sur les corps organisés ou les composés organiques*. Les ferments solubles, tels que l'invertine de la levure de bière, en solution dans l'alcool, ne perd ses propriétés qu'à près de — 100°. Cette température ne tue pas la levure elle-même. M. Pictet a fait dans cet ordre d'idée une série de recherches qui lui ont permis d'isoler un certain nombre de corps à l'état pur, car à — 150° toute réaction chimique est impossible. L'acide sulfurique, par exemple, n'attaque pas la potasse, le sodium reste métallique dans l'acide nitrique; la dynamite, la nitro-glycérine ne détonent pas. A cette température il n'y a plus de corps qui soient isolants de l'électricité. Les combinaisons chimiques reprennent au-dessus de — 150° à une température qui varie pour chaque com-

binaison. Il en résulte la possibilité de préparer une série de corps absolument purs, en choisissant pour les soutenir la température exacte de combinaison de leurs composants. M. Pictet a monté à Berlin une usine qui fournit industriellement une série de produits purs préparés par ce procédé.

M. Chauveau remarque que les ferments solubles résistent moins au froid que les ferments figurés, il en résulte un moyen pratique d'isoler les uns des autres.

M. Dastre dépose un mémoire de M. Marès (de Prague) sur l'*hibernation*. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 octobre 1892. — Présidence de M. A. Regnauld.

M. Magitot présente des moulages et des dessins des déformations spéciales observées par lui dans une petite région du Béarn chez un assez grand nombre d'habitants portant le nom de *cagots*.

Ces déformations existent surtout sur les extrémités : les ongles sont arqués et soulevés, avec des fissures et gerçures, quelquefois même des ulcérations de l'épiderme; les cheveux et les poils sont rares. Il y a aussi quelquefois des plaques anesthésiques cutanées.

Outre l'analogie de ces déformations avec celles décrites dans la lèpre par M. Zambacco, M. Magitot, se basant sur les traditions locales et sur les renseignements historiques, pense qu'elles sont un vestige de la lèpre très répandue au treizième siècle dans cette région.

M. Nicaise fait une communication sur l'*arthrite fongueuse avec hyperphasie fibro-plastique et graisseuse de la synoviale*, et en particulier sur un processus néoformateur particulier établissant une transition entre le processus inflammatoire simple et le processus néoplasique. Il s'agit de l'hyperplasie fibro-plastique d'origine irritative qu'il a rencontrée dans 2 cas d'arthrite tuberculeuse, à laquelle on pourrait donner le nom de tumeur blanche fibro-plastique. Le processus irritatif en agissant sur les tissus conjonctif et épithélial des synoviales articulaires produit une couche épaisse de tissu fibro-plastique, qui peut s'infiltrer d'une quantité plus ou moins abondante de graisse.

M. Ch. Leroux fait une communication sur l'*impétigo des enfants considéré comme une affection contagieuse, inoculable, microbienne*. Sur 750 cas que l'auteur a observés au dispensaire Furtado-Heine, l'impétigo s'est transmis 220 fois par contagion, tant dans la même famille où plusieurs enfants en étaient atteints, qu'entre familles différentes, entre enfants et adultes. Sur 120 inoculations l'auteur a obtenu 79 succès soit 65,8 0/0. L'imptiégo est inoculable en séries, quelquefois jusqu'à la sixième. L'auteur a retrouvé dans l'impétigo spontané les divers spaphylococcus aureus, albus, citreus qu'on y a signalés. Mais dans l'impétigo inoculé on ne trouve pas de staphylocoques et seulement des diplocoques, des microcoques et des streptocoques. Les cultures sur la gélatine, ou l'agar, donnent naissance à des colonies de streptocoques qui ne liquéfient pas la gélatine. Le bouillon de culture inoculé donne naissance à une vésicule puis à une croûtelle d'impétigo. L'impétigo paraît donc dû à un microbe spécial, le *streptocoque de l'impétigo*. Les staphylocoques ne sont que des éléments surajoutés qui déterminent, en se substituant aux streptocoques, des infections secondaires suppuratives, soit superficielles, soit profondes.

M. Béchamp lit un travail sur les *albumines physiologiques, normales et pathologiques et sur l'albuminurie physiologique*, d'où il conclut que l'albumine du sang ne passe pas du rein dans l'urine, ni dans l'état de santé, ni dans l'état pathologique. Il existe dans l'urine normale une matière albuminoïde spéciale, soluble, qui n'existe pas dans le sang. Dans les urines pathologiques il existe en outre d'autres albumines dont aucune n'est dans le sang. Dans certains cas la matière albuminoïde spéciale de l'urine normale peut disparaître complètement.

P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 21 octobre. — Présidence de M. Desnos.

M. du Cazal lit une note sur les *complications hépatiques du choléra* à propos du travail précédemment présenté par M. Galliard. Dans le choléra des colonies les complications hépatiques sont fréquentes, les formes bilieuses du choléra sont celles qu'on voit le plus souvent avec des phénomènes rappelant ceux de l'Ictère grave. La présence de lésions hépatiques trouve une explication toute naturelle dans ce fait que les principes toxiques sécrétés séjournent dans le foie et suffisent à y produire les altérations des éléments du parenchyme sans nécessiter pour cela la présence des bacilles. Le pus est une production d'ordre secondaire.

M. Desnos communique une observation de cas d'*ixode* introduit sous la peau du creux poplité.

M. Rendu fait remarquer que ces cas paraissent rares bien qu'en réalité ils soient fréquents parce que, ne les considérant pas comme graves, ni extraordinaires, on ne les signale pas. Ces accidents se rencontrent fréquemment chez les chasseurs.

M. Desnos appelle l'attention sur la localisation du creux poplité qui est rare et sur ce fait que sa malade ne chassait pas et n'avait ni chevaux, ni chiens.

M. Mathieu fait une communication sur les *vomissements survenant par crises* chez les malades présentant le *rein mobile*. Ces vomissements quand il surviennent ont une ténacité très grande et ressemblent aux crises gastriques des ataxiques. Le début est brusque et insidieux; les vomissements, d'abord rares, se rapprochant jusqu'à atteindre le nombre de 10 à 12 par jour, ils s'accompagnent alors de douleurs gastralgiques intenses, parfois il y a retentissement de la douleur dans le dos. La palpation du creux épigastrique est douloureuse. Dans un des cas il y avait en même temps grande dilatation de l'estomac, mais ces grandes dilatations sont rares. Les vomissements les plus souvent alimentaires, se produisent à la suite de l'ingestion des aliments. Il y a des malades qui rejettent en outre du liquide muqueux ou teinté de bile, surtout le matin ; cela tient à l'insuffisance pylorique. Les vomissements se font en fusée. Assez souvent ils mettent fin à l'accès de gastralgie. Ils peuvent persister pendant quinze jours à trois semaines. Les malades qui présentent ces accidents sont le plus souvent des femmes et de plus des névropathes plutôt neurasthéniques qu'hystériques. La constipation est habituelle, souvent très tenace. En somme ces crises gastriques paraissent être un accident aigu de la dyspepsie neurasthénique. Il y a abaissement de l'acidité gastrique. Le nervosisme, la gastralgie donnent au malade un aspect particulier qui permet de reconnaître assez facilement ce complexus symptomatique. Les crises sont très éloignées les unes des autres chez certains malades (2 ou 3 ans), chez d'autres elles se produisent tous les mois ou tous les deux mois. L'apparition des règles, les fatigues, les émotions vives en facilitent l'apparition. Ces accidents présentent une certaine analogie avec les phénomènes provoqués par l'étranglement du pédicule du rein déplacé. Dans ces derniers cas les vomissements répétés, le faciès grippé peuvent faire penser à un étranglement interne, mais au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre. Les urines momentanément diminuées ou supprimées reparaissent abondantes, l'anurie fait place à la polyurie. On peut donc penser que quand ces accidents se produisent ils sont causés par une torsion du pédicule rénal. Les malades qui présentent de la néphroptose doivent être condamnés au repos et porter une ceinture de Glénard ou une ceinture de laine tricotée présentant au niveau du rein déplacé 3 bandes de laine superposées. La néphroptose n'implique pas nécessairement l'affaiblissement de la paroi abdominale. Comme traitement les calmants, notamment le chloroforme, le Cannabis indica, donnent de bons résultats. Le régime lacté convient dans les cas légers. Dans les cas graves il faut recourir au gavage. Mais en somme les moyens médicaux ne donnent pas de guérisons définitives. Que peut le chirurgien ? — Les opérations tentées ont donné

5 guérisons, 4 insuccès, 1 mort, mais dans ce cas l'origine des vomissements n'était pas définie. D'autre part chez 37 malades, où la néphrorraphie a été tentée, il y a eu 26 succès. Il faut donc essayer d'abord les moyens médicaux, puis s'ils échouent faire appel au bistouri, puisqu'il y a guérison durable dans plus de la moitié des cas (1).

M. Legendre a observé plusieurs cas analogues de malades ayant des reins mobiles et des vomissements ; chez une dont l'observation a été publiée en 1891 on avait cru à un cancer. Il y avait de la dilatation gastrique qui a persisté. Presque toujours la dilatation coïncide avec la chute du rein. On peut admettre avec Barthez comme cause des vomissements la compression du pylore par le rein abaissé ; dans d'autres peut-être n'y a-t-il que coïncidence, les vomissements se produisant aussi dans la dyspepsie avec hyperchlorhydrie. M. Legendre ne croit pas qu'on arrêtera toujours les vomissement en replaçant le rein.

M. Mathieu déclare qu'il s'est surtout placé au point de vue clinique et s'est efforcé de distinguer ces crises de vomissements de celles analogues qui surviennent pendant la période préataxique du tabes auquel il les avait attribuées jusqu'au moment où il a trouvé le rein mobile. Il n'adopte pas la torsion de l'uretère comme explication de ces faits puisqu'il s'est au contraire efforcé de différencier les accidents produits par cette torsion des crises décrites par lui.

M. Guyot qui recherche depuis 10 ans les reins mobiles, n'a pas trouvé en même temps la dilatation de l'estomac. La ceinture de Glénard les a améliorés. Quelques-uns étaient neurasthéniques mais ils ne présentaient pas de vomissements.

M. Mathieu n'a pas parlé de la fréquence absolue de la coïncidence des crises de vomissements avec la néphroptose mais à l'autopsie on ne fait pas toujours attention à préciser la situation du rein avant de l'enlever.

M. Debove pense qu'on doit distinguer deux choses : la question des crises gastriques, la dilatation. Il y a en dehors des crises gastriques des malades qui présentent de l'ectopie rénale des crises gastriques essentielles chez les malades hystériques et neurasthéniques sans ectopie rénale. Ces crises sont assez fréquemment diagnostiquées crises hépatiques frustes.

M. Rendu. — M. Debove a raison de faire ressortir cette difficulté du diagnostic de la ptose rénale et des crises hépatiques frustes. Chez une malade suivie depuis 3 ans les premières crises furent attribuées au tabes. M. Bouchard qui la vit aussi ne put se prononcer, la douxième crise diagnostiquée crise hépatique fut accompagnée de jaunisse, la malade s'étant mise à vomir; une tumeur biliaire fut constatée et confirmée par M. Potain qui conclut à la cholécystotomie. Les accidents continuant, M. Bouilly d'abord très affirmatif, le fut moins après un examen approfondi. Entre temps, on avait constaté l'existence du rein mobile. Quelque temps avant le moment où l'opération devait avoir lieu, les accidents cessèrent et depuis la malade va très bien. Il est très probable qu'il y a eu chez elle à la fois néphroptose et lithiase rénale; mais ces deux choses sont très difficiles à débrouiller. Le rein mobile a persisté, les accidents ont disparu.

M. Mathieu. — On s'est demandé dans ces cas, quand il y a de l'ictère, si ce n'est pas le rein qui comprime les voies biliaires. Le rôle de la néphroptose dans ces cas semble être d'accroître l'état névropathique.

M. Debove passe maintenant à la dilatation de l'estomac. On est loin de s'entendre sur ce que c'est. En éliminant les cas de sténose pylorique on trouve les cas de dilatation stomacale, rares d'après des recherches personnelles faites sur ce point particulier. Chez un grand nombre de malades on perçoit le clapotement ombilical, on pourrait croire à de la dilatation. Il n'y en a cependant pas. Ce bruit n'a pas son origine dans le côlon transverse comme on pourrait le croire, car celui-ci ne contient pas de liquide mélangé à des gaz. Or, l'expérience prouve que le déplacement des gaz dans du liquide provoque un bruit de clapotage. Ce bruit peut donc naître dans l'intestin par un simple déplacement de gaz si la paroi abdominale est légèrement distendue comme cela arrive fréquemment chez les femmes qui ont eu des enfants. Ce clapotage n'est donc qu'une variété de borborygme; on le perçoit au-dessous de l'estomac parce qu'il faut, pour qu'on puisse le provoquer, avoir un plan d'une certaine résistance; on ne trouve ce plan qu'au-dessous de l'estomac.

M. Legendre objecte que les personnes qui ont de la dilatation de l'estomac ont elles-mêmes la perception du clapotage et le font sentir aux personnes de leur entourage et à leur médecin. Donc il doit y avoir du liquide dans l'estomac. Il y a aussi la sensation tactile.

M. Debove. — Le malade peut être comme les autres trompé, et d'ailleurs dans l'expérience artificielle la sensation tactile existe également.

L. R. Régnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 octobre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

Un cas de gastro-entérostomie antérieure.

M. Terrier. — Une femme, âgée de 48 ans, souffrait depuis 18 mois de douleurs très vives dans la région stomacale : très notable amaigrissement, digestion difficile, phénomènes douloureux surtout marqués au moment de la contraction des muscles de l'estomac pour faire passer les aliments à travers le pylore rétréci. En mars 1892, état déplorable : vomissements incessants, nourriture impossible, temp. 36°,8, hématémèse, 16 grammes d'urée par litre seulement. Tumeur à l'entrée du duodénum. Contractures péristaltiques très douloureuses de l'estomac, appréciables à la vue. Incision sus-ombilicale médiane le 5 juillet 1892. Constatation de la néoformation pylorique diagnostiquée par M. Potain. Anastomose de l'estomac très dilaté avec le jéjunum par le procédé que j'ai employé pour la cholécystentérostomie. Je ne fis pas de lavage de l'estomac et ne me servis ni de pince ni de ligature pour fermer temporairement l'estomac et l'intestin. D'abord suture séro-séreuse postérieure, puis suture séro-séreuse antérieure d'attente ; ouverture de l'estomac qu'on nettoie avec un tampon de ouate monté sur une pince et de l'intestin ; suture muco-muqueuse circulaire ; resserrement des fils de la suture d'attente séro-séreuse antérieure. Je trouve ce procédé élégant et rapide. D'ailleurs le résultat a été parfait : presque pas de choc, malgré une opération ayant duré 1 h. 40. Pas de vomissements après l'opération ; plus de contractions péristaltiques. 2 mois après l'opération, 1er septembre, la malade pesait 140 livres. Aujourd'hui elle pèse 175 livres. Elle va très bien et je vous la présente. Vous voyez qu'elle est dans un état satisfaisant. Je l'ai d'abord alimentée avec du lait et des œufs ; la première fois qu'elle a mangé de la viande, elle a eu un peu de fièvre (39°). — La gastro-entérostomie est à mon avis une opération suffisante dans les cas d'obstruction du pylore. Point n'est besoin d'anastomose supplémentaire. Je crois qu'il est inutile de faire la bouche en arrière. Chose curieuse, en 1889, en France, on trouvait la gastro-entérostomie une opération dont les indications étaient très restreintes et voilà que, en 1892, M. Reclus la recommande dans tous les cas de rétrécissement du pylore ! Vous voyez quels progrès vous avez faits ! Mais, quand on opérera plus tôt les cancers de l'estomac, on aura encore de plus nombreux succès et à ce moment, il faudra peut-être songer à faire mieux qu'une opération palliative. Aussi je crois qu'entre la formule : presque jamais de gastro-entérostomie admise par M. Monod en 1889, et celle de M. Reclus, en 1892 : presque toujours faire la gastro-entérostomie il y a un moyen terme, en ce qui concerne le traitement de l'obstruction pylorique.

M. Reclus. — Toutes les fois qu'il y aura obstruction mécanique du pylore, je crois qu'il faudra faire une gastro-entérostomie et ce sera là une opération d'urgence. Je reconnais toutefois qu'il peut y avoir des contre-indications générales à cette opération, comme pour toutes les autres.

M. Terrier. — Je tiens à ajouter que la gastro-entérostomie n'étant qu'une opération palliative, on tendra de plus en plus, dans l'avenir, à la remplacer par la pylorectomie, dans les cas de cancer. Mais il faut pour cela que les médecins nous adressent de meilleure heure les cancers de l'estomac. Si à l'heure actuelle la pylorectomie est encore grave, cela tient

(1) Voir, à ce propos, M. Terrier et M. Baudouin : *De l'Hydronéphrose intermittente*, 1 vol., Alcan, 1891.

probablement à ce que nous opérons trop tard. Quand les médecins seront convaincus qu'on doit faire opérer un cancer de l'estomac, peut-être ferons-nous plutôt des pylorectomies que des gastro-entérostomies. Ce qui me fait prévoir que la vogue de la gastro-entérostomie dans le cancer stomacal ne sera peut-être que temporaire.

Des abcès du foie.

M. Moty. — Les abcès du foie revêtent deux formes cliniques différentes, suivant qu'ils surviennent chez nos soldats aux Colonies ou en France. Quand ils se manifestent aux Colonies, il s'agit d'une hépatite survenant brusquement à la suite d'accidents dysentériques. Dans nos climats, c'est d'habitude à un abcès chronique qu'on a affaire. Cela tient à ce que le substratum anatomique, le foie, n'est pas le même dans ces deux circonstances. Il y a aussi des formes avortées d'un diagnostic difficile qui guérissent sans intervention, par les seuls efforts de la nature ! Je puis en citer deux cas. En somme, je distinguerai dans les abcès du foie les formes cliniques ci-dessous : forme aiguë grave, forme abortive avec fièvre, forme latente sans fièvre, forme consécutive avec ou sans fièvre. Je vous signale en terminant une observation suivie d'autopsie dans laquelle j'ai eu affaire à un abcès du foie compliqué de lithiase biliaire (calcul du cholédoque).

Hernie enkystée de la grande lèvre.

M. Berger. — J'ai observé récemment une femme, de 45 ans, atteinte de hernie incomplètement irréductible située dans la grande lèvre. Cure radicale. A l'ouverture du trajet inguinal je trouvai un sac entouré de tissu dartoïque rougeâtre et de veines analogues à celles des ligaments ronds. Il s'agissait donc d'une hernie congénitale. Mais ce que je crus d'abord être le sac n'était qu'un kyste de la grande lèvre, dans lequel le sac véritable faisait saillie. Dans le vrai sac, je trouvai de l'épiploon, des brides valvulaires au niveau de l'anneau. De plus, je reconnus qu'il adhérait au ligament rond. Je terminai l'opération à la manière de Barker et de Bassini. Ce cas a la plus grande analogie avec la hernie enkystée dans la tunique vaginale qu'on a décrite chez l'homme. Il s'agit évidemment là d'une hernie congénitale chez la femme, qui dépend d'un cloisonnement incomplet du canal de Nück. On a dit que pour que la hernie s'enkystât il fallait qu'il y eût du liquide dans le kyste ou la vaginale. Ce cas montre que cela n'est pas nécessaire, puisqu'il n'y avait pas de liquide dans ce kyste, et je pourrai vous citer des cas de hernie enkystée chez l'homme où la vaginale était vide.

M. Reclus. — Je puis citer un cas analogue.

M. Routier. — Je puis signaler deux cas comparables.

M. Tuffier. — J'ajoute une autre observation.

M. Berger. — Je suis certain que les cas de ce genre sont assez fréquents.

Kyste hydatique de la rate.

M. Bouilly fait un rapport sur une observation de M. Mordet (du Mans) relative à un *kyste hydatique de la rate*. On fit tous les diagnostics possibles, sauf le bon. Laparotomie. Suture de la poche aux lèvres de l'incision cutanée. Guérison en 6 mois. M. Bouilly aurait préféré injecter ce kyste avec une solution de sublimé, d'après le procédé de Ménard (de Bordeaux).

M. Terrier rapproche de l'observation précédente un cas de *kyste séro-sanguin de la rate* sur lequel il reviendra ultérieurement.

M. Monod cite un cas de *kyste purulent de la rate*, affection très rare aussi. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 26 octobre 1892.

Présidence de MM. Créquy et Labbée.

Le Secrétaire général lit une lettre de M. Goldschmidt, de Strasbourg, réclamant la priorité pour le *traitement de la diphthérie par le perchlorure de fer*. Son mode de traitement n'est du reste pas le même que celui employé par M. Guelpa.

M. Weber lit une communication sur l'*emploi d'une bougie uréthrale*. Cette bougie est destinée à servir de pansement dans l'intérieur du canal uréthral, dans la blennorrhagie même au début. Elle a une longueur de 13 centimètres, aufin de ne pas dépasser l'urèthre antérieur ; elle fond dans l'intérieur du canal, et a, sur les injections, l'avantage de ne pas être irritante et de ne pas passer dans l'urèthre postérieur, donc de ne pas produire de cystites.

M. Berlioz lit une note sur le *sulforicinate de soude employé comme excipient pour la préparation du phénol sulforiciné*. — Le produit, dont j'ai à plusieurs reprises entretenu la Société de Thérapeutique, et que j'ai proposé comme excipient du phénol pour la préparation du phénol sulforiciné, destiné au traitement de la diphtérie, a été désigné par moi, surtout sous le nom de *sulforicinate de soude*. Ce n'est pas un produit nouveau ; il est depuis longtemps employé dans l'industrie sous le nom d'acide sulforicinique, de sulforicinate de soude, huile pour la teinture en rouge turc, etc. Il ne consiste point en un corps défini, ainsi que son nom semble tout d'abord l'indiquer. C'est un mélange assez complexe et dont la composition est loin d'être exactement déterminée malgré tous les travaux dont elle a été l'objet. La préparation est assez délicate et réside surtout dans un certain nombre de tours de mains, comme pour certaines préparations industrielles. Il ne suffit pas de peser exactement les composants et de les faire réagir l'un sur l'autre; son succès tient uniquement au mode opératoire que je vais décrire de nouveau.

Dans un grand vase conique ou cylindrique, muni d'un robinet à sa partie inférieure, on introduit 1 kilogramme d'huile de ricin bien refroidie, et on ajoute 250 grammes d'acide sulfurique pur à 66 degrés par petites quantités et en remuant constamment avec une baguette de verre, pour mélanger la masse et éviter une élévation notable de la température. Après 12 heures de repos dans un endroit frais, on ajoute 1,500 gr. d'eau froide, on agite et on soutire la couche aqueuse qui se sépare peu à peu. Ensuite, on lave à plusieurs reprises avec une égale quantité d'eau salée, contenant 100 gr. de sel marin par litre, et *que l'on aura préalablement chauffée entre 60° et 70°*, on a ainsi un liquide plus dense que l'eau et permettant au corps gras de se séparer plus facilement pour venir surnager à la surface.

Après chaque lavage, il est indispensable d'attendre quelque temps avant de soutirer l'eau. Ces lavages ont pour but d'enlever l'excès d'acide sulfurique. Lorsqu'ils sont terminés, on neutralise en partie avec de la lessive de soude, de façon à conserver une réaction très faiblement acide, condition préférable, surtout lorsqu'il s'agit d'un excipient destiné à servir de dissolvant à des substances antiseptiques. L'addition de la soude doit être faite avec précaution, en agitant sans cesse, pour obtenir un mélange homogène. On doit prendre garde de n'en point ajouter un excès; car si, en pareil cas, on versait de nouveau de l'acide sulfurique dans la préparation, on déterminerait une sorte de saponification. On laisse enfin reposer le tout pendant deux ou trois jours, on décante et on filtre sur du gros papier. Le sulforicinate de soude ainsi préparé présente toujours un certain trouble, dû à de l'eau en suspension ; il faut maintenant procéder à sa *déshydratation*. A cet effet, on le verse dans une capsule en fonte émaillée et on recouvre sa surface d'une couche très mince de carbonate de potasse pur, desséché et grossièrement pulvérisé. On agite énergiquement et on laisse reposer de nouveau pendant quelques heures. En dernier lieu, on filtre e. on recueille le produit dans des flacons parfaitement secs.

Le sulforicinate de soude obtenu comme je viens de l'indiquer, est sur un liquide qui a la consistance d'un sirop très épais et de couleur jaune foncé. Son ardeur rappelle celle de l'étoffe appelée communément « Andrinople ». Sa saveur est un peu de celle de l'huile de Ricin. Il doit être parfaitement transparent. Quand on y incorpore de l'acide phénique, synthétique, pour préparer le phénol sulforiciné, que la dissolution ait lieu à froid ou à chaud, le liquide doit toujours conserver sa transparence à la température ordinaire. Cette dernière condition est essentielle ; elle constitue même le principal caractère. La réaction est légèrement acide. On s'en assure facilement en plongeant un papier bleu de tournesol dans de l'eau à laquelle on a mélangé du sulforicinate de soude. Les produits délivrés par les industriels français et

allemands sous le nom de sulforicinate de soude ou sous d'autres noms, sont généralement différents de celui-là et ne donnent pas du tout les mêmes résultats.

Formulaire thérapeutique. — Phénol sulforiciné.

Sulforicinate de soude. . . . . 80 gr.
Acide phénique synthétique . . 20 gr.
M. s. a.

Si le sulforicinate de soude est bien pur, la dissolution peut se faire à froid pourvu que l'on prenne la précaution d'agiter de temps en temps.

M. Adrian. — On nous demande couramment de l'acide sulforicinique. Faut-il donner de l'acide ou du sulforicinate de soude? Cette erreur vient de ce que M. Berlioz a employé dans ses communications le mot d'acide sulforicinique.

M. Berlioz. — Je crois qu'il faut donner le produit dont je viens de parler.

M. Jasiewicz. — Puisque ce produit n'est pas à proprement parler du sulforicinate de soude, pourquoi ne pas garder le nom d'acide sulforicinique employé jusqu'ici.

M. Berlioz. — Autrefois je me suis servi du nom de sulforicinate de soude; mais par erreur on a pris le nom d'acide sulforicinique.

M. Piedalue lit une communication sur le *traitement de l'endométrite*. Lorsque le catarrhe utérus persiste après un traitement ordinaire, je pratique le traitement suivant 2 jours après la fin des règles : après le nettoyage du vagin, j'introduis une tige de laminaire dans l'utérus, puis le lendemain un seconde tige plus grosse. Lorsque la dilatation est faite. je lave la cavité utérine avec une solution phéniquée ; puis je bourre l'utérus de gaze iodoformée. Ce pansement est répété 3 ou 4 fois. C'est le traitemet qui m'a donné le meilleur résultat dans l'endométrite.

M. Blondel. — Cette méthode a déjà été employée; elle porte le nom de méthode de Fritch. Ce traitement réussit dans la métrite du corps, mais difficilement dans celle du col.

M. Piedalue. — Cette méthode a peut-être été employée, mais elle a été abandonnée pour le curettage.

M. Dujardin-Beaumetz lit une communication sur le *traitement médical du cancer du rectum et de la colite pseudo-membraneuse*. 1° Il y a des cas de cancer du rectum à marche lente, sans obstruction, dans lesquels le traitement médical peut prolonger la vie du malade. On peut, par des lavages et des antiseptiques, empêcher l'infection intestinale, par stercorémie ou par le pus sécrété à la surface du cancer. Nous nous servons de l'irrigation intestinale au moyen de l'entéroclysme; pour cela nous employons une solution naphtolée à 0,10 ou 0,20 centigr. 0/0. Pour désinfecter les matières introduites par la bouche, je donne du salol, du benzonaphtol et du bicarbonate de soude, en cachets. De plus, je prescris des laxatifs pour empêcher l'encombrement intestinal ; enfin je soumets les malades à une nourriture végétarienne. Je possède en ce moment 3 malades atteints manifestement de cancer du rectum et qui vivent depuis trois ans, ayant même engraissé. Je crois que la méthode que je propose est supérieure à l'extirpation. J'ai vu les observations des chirurgiens; les malades ont survécu un an et le cancer a récidivé ensuite; 2° *Colite pseudo-membraneuse*. Il y a des malades qui rendent des pots entiers de fausses membranes par suite de la desquamation de leur intestin. Cette affection se complique ordinairement d'un état nerveux spécial; et je crois que cet état est dû à la résorption des toxines dans l'intestin, de la même façon que dans les estomacs malades. Je n'ai encore jamais pû guérir de malades; je les ai améliorés. J'ai employé pour eux le même traitement, c'est-à-dire les désinfectants, la nourriture végétarienne, enfin l'entéroclysme. Dans ce dernier cas, j'ai fait les lavages avec de l'eau contenant de la teinture d'iode ; dans deux cas seulement, celle-ci m'a donné de bons résultats. Il me reste à dire un mot du benzonaphtol; c'est un bon médicament; mais il faut en donner de fortes doses (2 ou 3 grammes par jour).

M. Sanné. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas d'entérite pseudo-membraneuse ; c'était un nerveux et un alcoolique. Par moment, cet homme avalait une grande quantité de vin, et à la suite il rendait beaucoup de pseudo-membranes. Ces accidents disparaissaient par l'absorption d'huile de ricin.

A. Raoult.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 26 octobre 1892. — Présidence de M. Pinard.

M. Napias annonce que l'Association française pour l'avancement des Sciences a reçu d'un donateur une somme de 600 francs destinée à récompenser le meilleur travail relatif à la rage et aux mesures prophylactiques. (Voir aux Nouvelles.)

M. Marcel Baudouin, secrétaire du comité pour l'érection à Paris d'un monument à Th. Renaudot, demande à ce que la Société veuille bien s'intéresser à la statue de Théophraste Renaudot.

M. Pinard annonce à la Société la perte de deux de ses membres : M. le professeur Poincarré et M. le Dr Henry G. de Mussy.

M. Napias. — *Note sur la situation de l'hygiène des hôpitaux et des hospices.* — A propos du mauvais état de l'hôpital de Honfleur, M. Napias a recherché les desiderata des différents hôpitaux de France. En France, il y a 1,700 hôpitaux ou hospices; plus de la moitié est dans de mauvaises conditions. Souvent fiévreux et blessés, adultes et enfants, sont mêlés; les baignoires, les lavabos manquent; les cabinets d'aisance sont dans un état déplorable; les salles des malades sont mal aérées; souvent les murs sont couverts de gravures, d'ornements inutiles; les lits sont en bois, ont des rideaux. Il n'est pas rare de voir les teigneux mélangés avec les autres enfants. Ces mauvaises conditions hygiéniques, cette promiscuité, ces agglomérations sont le plus souvent d'autant plus inutiles qu'en général, en province, la place ne manque pas; en effet, les bâtiments de l'hôpital servent fort peu aux malades, infirmes, et beaucoup à des services accessoires qui ne devraient pas y trouver place : l'hôpital, dans bien des endroits, contient un ouvroir, une école, un orphelinat, etc., et les malades n'ont pas de place. Souvent c'est une unique infirmière qui est chargée de soigner les femmes en couches et les prostituées. Comme les communautés religieuses n'acceptent de donner leurs soins qu'à la condition de ne soigner ni les femmes en couches ni les femmes syphilitiques, les administrateurs ne peuvent rien dire contre ce déplorable état de choses. S'il est des villes où, grâce aux efforts de M. Bourneville, le personnel est à la hauteur de sa tâche, le plus souvent les infirmiers sont récoltés à vil prix, au hasard, et ne savent rien. M. Napias insiste encore sur l'absence totale de services d'enfants malades, sur l'isolement complet des syphilitiques, sur la désinfection et l'isolement, choses presque inconnues dans la plupart des hôpitaux, et termine sa communication en montrant que, si dans certains cas le mauvais état des hôpitaux tient à l'insuffisance des ressources, souvent il n'en est rien. Pour que l'hygiène publique fût bien administrée, c'est une loi qu'il faudrait avoir. Aussi M. Napias propose-t-il un certain nombre de conclusions.

M. Bourneville. — La situation hygiénique des hôpitaux et hospices est encore plus triste que ne l'a dit M. Napias; celle des aliénés, par exemple, dans les hospices, dépasse tout ce qu'on peut imaginer; les cabanons sont dans des états déplorables; ils sont de vrais cachots, loin de toute surveillance, placés soit près des écuries, soit près de la porcherie. On traite les vénériennes comme des parias ; on les emprisonne, mais on les soigne mal ; dans certains services les instruments ne sont même pas nettoyés. L'hydrothérapie, les cabinets d'aisance sont très mal installés, sauf dans les hôpitaux mixtes; en général le service réservé aux militaires est dans un bon état. M. Bourneville insiste sur le paiement tout à fait dérisoire des infirmiers ; il y en a qui n'ont que 5 francs par mois! On devrait non seulement les payer mais encore leur assurer une pension de retraite. M. Bourneville parle de l'état déplorable des salles, des parquets, et cite un hôpital où la salle des bains est en même temps la salle des morts, le tout communiquant directement avec la salle des fiévreux. Il demande le concours pour le personnel médical, l'enseignement professionnel du personnel secondaire, et se plaint de la composition des commissions administratives.

MM. DROUINEAU, POITOU-DUPLESSY, CÉZILLY, MONOD, SCHNEIDER, JAVAL prennent part à la discussion.

La Société adopte les conclusions suivantes, formulées par M. Napias : 1° La Société émet le vœu que dans la session prochaine le parlement vote une loi qui organise l'assistance dans notre pays. 2° La Société émet le vœu que la loi nouvelle exige dans tous les établissements publics des conditions d'hygiène et de salubrité, et que l'autorité soit armée des pouvoirs nécessaires pour en assurer l'exécution. 3° Le personnel secondaire des hôpitaux sera tenu de justifier de sa compétence professionnelle. MARTHA.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 24 octobre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. BROUARDEL.

M. H. MONOD rend compte de la *situation sanitaire à l'intérieur.*

Choléra.

D'après une communication faite à la dernière séance du Comité (17 octobre), les décès cholériques au 15 octobre dernier s'élevaient, pour toute la France, à 3,184. Du 16 au 22 inclus on a compté 90 décès nouveaux répartis entre 29 communes.

Voici, pour quelques localités, le relevé des décès du 16 au 22 octobre :

DATES	PARIS	SEINE moins Paris.	LE HAVRE	ROUEN	CHERBOURG	MARSEILLE
16 octobre.......	3	1	0	0	0	5
17 —	1	3	2	1	1	5
18 —	3	1	0	0	0	11
19 —	1	0	3	0	0	3
20 —	0	1	1	0	1	3
21 —	0	0	0	1	0	4
22 —	1	4	1	0	0	2
Totaux....	9	10	7	2	2	33

Il n'y a eu aucun décès cholérique dans nos ports de l'Océan, de Cherbourg à Bayonne. L'administration sanitaire en renouvelle la déclaration. Dans ces ports, elle n'a pas cessé de délivrer des patentes nettes. Les mesures prises en Colombie contre les provenances de ces ports sont donc injustifiables. Le choléra n'est plus à l'état épidémique ni au Havre ni à Marseille. Les patentes pour les provenances de ces deux ports seront dorénavant libellées comme suit : L'état sanitaire est actuellement satisfaisant ; l'épidémie cholérique doit être considérée comme terminée : depuis le 10 octobre il ne se produit plus que des cas rares et de plus en plus espacés.

Suette en Poitou.

A l'occasion de l'*épidémie de suette* dans la Vienne, M. le Dr Jablonski, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poitiers, écrit :

« J'ai l'honneur de vous informer de la disparition presque complète de la suette miliaire qui avait envahi plusieurs communes des arrondissements de Poitiers et de Loudun. J'ai été heureux de constater que cet arrêt de l'épidémie est du à l'application rigoureuse des instructions du Comité consultatif d'Hygiène de France et à l'emploi de l'étuve à vapeur sous pression dont notre département a fait l'acquisition il y a deux ans. »

Dysenterie dans le Lot.

Une épidémie de dysenterie compliquée d'adynamie sévit dans plusieurs communes du canton de Latonynières (Lot). Depuis le 11 septembre il s'est produit dans ces communes 21 cas et 7 décès. Les mesures prophylactiques recommandées par le Comité ont été appliquées, et l'épidémie est en pleine décroissance.

M. PROUST, inspecteur général, rend compte de la *situation sanitaire à l'extérieur.*

Choléra.

En Perse, l'épidémie cholérique paraît toucher à sa fin. On constate la même diminution dans la Caucasie. A Poti et à Batoum, il n'y a eu que trois décès dans chacune de ces deux villes.

Les ports de la mer d'Azov ne comptent plus que quelques cas rares de choléra. Toutefois, la maladie a augmenté à Khersov et à Nikolaiev, où il y a eu 354 décès depuis une semaine. A Odessa, il y a aussi quelques décès cholériques, mais assez rares. Le choléra a augmenté à Erzeroum, où il y a eu, du 5 au 9 octobre, 37 décès cholériques. Il diminue dans l'Yémen. A l'île de Camaran, la santé des 4,000 militaires qui y campent est meilleure. Cependant un troisième gardien a encore succombé à la maladie. On nous a accusés, M. Brouardel et moi, d'avoir, par notre présence à Marseille, fait mettre en quarantaine les provenances de ce port. Or, notre visite à Marseille a eu lieu le 9 octobre. Le 8, la Grèce et l'Espagne nous avaient mis en quarantaine sur des dépêches de leurs consuls, comme M. le président l'a indiqué dans la précédente séance. Aujourd'hui, deux rapports de nos médecins sanitaires à Alexandrie et à Constantinople nous apprennent que c'est aussi le 8 octobre que nous avons été mis en quarantaine en Turquie et en Egypte, sur les renseignements des agences Reuter et Havas et sur les dépêches des consuls ottomans. Des opérations très complètes de désinfection ont été pratiquées à bord du paquebot *La Fayette*, en partance pour Vera-Cruz ; elles ont été certifiées sur une patente spéciale. Ces opérations donnent aux gouvernements étrangers les garanties sérieuses grâce auxquelles il est permis d'espérer qu'ils se départiront de la rigueur avec laquelle nos provenances ont été traitées.

M. NETTER fournit sur la situation de l'Alsace-Lorraine des renseignements desquels il résulte qu'il n'y a eu dans ces provinces aucun cas de choléra pendant toute l'année. L'épidémie de Saint-Georges dont parlent les journaux est aujourd'hui à peu près éteinte et se rapportait à la dysenterie. Les cas signalés à Pettoncourt et à Vie, dans l'arrondissement de Château-Salins, semblent être des diarrhées simples. Les cas mentionnés récemment dans l'Allemagne du Sud ont été observés sur des bateliers à Francfort, à Léopoldshafen (duché de Bade), à Lugdwigshafen (Palatinat). Ils sont restés isolés. Il s'est produit, il y a quinze jours, à Carlsruhe deux cas de choléra dûment qualifiés. Ces cas, dont l'origine n'a pu être déterminée, sont restés isolés. Les autorités allemandes paraissent s'être beaucoup relâchées des mesures de surveillance aux gares. En revanche, elles surveillent attentivement les bateaux et viennent d'installer un poste sur le canal de la Marne au Rhin.

Le Comité entend ensuite la lecture de rapports sur des *projets d'amenée d'eau* destinés à l'alimentation des communes de Villiers-le-Sec (Haute-Marne) et Sahune (Drôme).

CORRESPONDANCE

Des admissions d'urgence dans les Hôpitaux.

Hôtel-Dieu, 26 octobre 1892.

Monsieur et cher Maître,

Le *Progrès médical* de samedi dernier a publié, d'après la *Justice*, le récit d'un fait qui se serait produit à l'Hôtel-Dieu, le 15 octobre.

Tant que la presse politique s'est seule occupée de cet incident, nous n'y avons attaché aucune importance, étant donné l'inexactitude habituelle de ses renseignements en ce qui concerne le service médical des hôpitaux. Mais en présence de votre article, où nous sommes directement visés, nous croyons de notre devoir de rétablir les faits dans toute leur exactitude.

Le mercredi 12 octobre (et non le 15), le sieur Emile Boucher, courtier, âgé de cinquante ans, demeurant 109, rue de Grenelle, était amené, à l'Hôtel-Dieu, à 11 h. 50 du matin. L'interne de garde, prévenu aussitôt, l'a fait transporter et coucher dans la salle Saint-Charles, où il l'a examiné de nouveau à sa contre-visite : le malade succombait, à 10 heures du soir, sans être sorti du coma. L'autopsie, faite le surlendemain, a démontré que le sieur Boucher avait succombé à une *hémorrhagie cérébrale* (hémisphère gauche) avec inondation ventriculaire ayant provoqué une crise épileptiforme.

Tel est l'exposé des faits. Nous espérons que vous voudrez bien insérer cette rectification dans le prochain numéro du *Progrès*, car nous avons, plus que personne, souci du bon renom de l'internat.

Veuillez agréer, Monsieur et cher Maître, l'assurance de nos sentiments respectueux.

Les Internes en médecine de l'Hôtel-Dieu.

VARIA

Le Tout à l'Egout et l'assainissement de la Seine.

L'interpellation de MM. Vaillant et P. Strauss au Conseil municipal a occupé une partie des séances du 21 et du 24 octobre. MM. Vaillant, A. Lopin et M. Poubelle, préfet de la Seine, Ch. Longuet, Bassinet, Deligny, ont défendu le programme d'assainissement de Paris et de la Seine en excellents termes, en s'appuyant sur les données de l'hygiène admise par tous ceux qui ont étudié sérieusement cette branche des sciences médicales. La discussion s'est terminée par le vote de l'ordre du jour ci-après, déposé par M. Arsène Lopin :

« Le Conseil, — Invite l'Administration à poursuivre avec activité les travaux d'assainissement engagés suivant le plan de campagne adopté par le Conseil municipal en 1886 et consacré par la loi du 4 avril 1889, — et à étendre les champs d'irrigation de façon à y conduire la totalité des eaux d'égout ; — Renvoie à la 6e Commission toutes les propositions déposées au cours des débats. »

Cet ordre du jour a été voté par 47 voix contre *six*.

La Chambre des Députés a discuté dans les séances des 24 et 25 octobre les trois interpellations relatives au *régime des eaux d'égouts de Paris et à leur déversement dans la Seine*. Il serait trop long de relever les erreurs et les contradictions des adversaires du Tout à l'Egout et de l'utilisation agricole. Nous nous bornerons à dire que ces deux grandes réformes ont été brillamment défendues par MM. Loubet, président du conseil, Viette, ministre des travaux publics, Emile Trélat, le professeur Proust. La Chambre des Députés a adopté un ordre du jour de M. E. Trélat ainsi conçu :

« La Chambre regrettant que le plan d'assainissement de la Seine et de Paris, fixé depuis 20 ans, n'ait encore pu être que partiellement exécuté, invite le gouvernement à prendre et à proposer les mesures nécessaires pour en assurer le prompt activement. »

Nous ne pouvons qu'applaudir aux votes de la Chambre des Députés et du Conseil municipal. B.

Le Choléra

I. — *Le Choléra en France.*

Le nombre des décès cholériformes survenus dans le département du Pas-de-Calais depuis un mois se répartit ainsi : le Portel, 54, Boulogne, 4, Outreau, 3, Calais, 1, Saint-Etienne, 6, Dannes, 1, Condette, 1, Lefaux, 1, Hinges, 2, Rimbert-lès-Auchel, 2, Burbure, 4, Carvin, 3, Lapugnoy, 2, Saint-Omer, 3. Soit au total : 88 décès. Actuellement l'épidémie semble terminée au Portel, mais elle sévit encore dans les communes voisines de Saint-Etienne et de Condette. A Boulogne, l'equipage d'un bateau a dû être conduit tout entier à l'hôpital, la semaine dernière.

L'épidémie ayant disparu au *Havre*, le service médical a été supprimé. D'autre part, la Compagnie des Chargeurs-Réunis, qui depuis deux mois avait interrompu le transport des émigrants, reprend son service jeudi prochain, date à laquelle partira pour La Plata un steamer.

Un cas isolé s'est produit à Saint-Christoly. Un propriétaire de la localité rentrait un jour de Rouen, légèrement indisposé, et, peu après, il succombait.

La Chambre de commerce de *Marseille* a rédigé une protestation contre le port du Havre, qui a décidé d'infliger une quarantaine d'observation à ses provenances.

II. — *Le Choléra à l'Etranger.*

Belgique. — A Molenbeek, de nouveaux cas se sont produits : les personnes atteintes ont refusé de se laisser transporter à l'hôpital. — On a constaté plusieurs cas de choléra à Bruges, dans la maison d'un ouvrier récemment arrivé de Roubaix. — Tous les bourgmestres de l'agglomération bruxelloise ont dû se réunir à l'Hôtel de Ville en vue de créer un service général d'hygiène pour toutes les communes bruxelloises. — Bruxelles se trouve dans une excellente situation sanitaire. Aucun cas de choléra ni de cholérine n'a été signalé durant la semaine écoulée. — Le comité sanitaire de l'Escaut a réduit la quarantaine. Les navires qui auront une patente nette seront soumis à une simple visite médicale. Quant aux provenances de Hambourg, la quarantaine reste fixée à sept jours. L'administration des hospices civils d'Anvers a décidé de supprimer le bulletin quotidien sur l'épidémie cholérique qui peut être considérée comme terminée.

Hollande. — A Harlem, on a constaté un décès de choléra asiatique et un décès de choléra nostras. On signale également des cas suspects. Le choléra était à Utrecth la semaine dernière.

Autriche. — L'épidémie ne diminue que lentement à Budapest. Dans cette ville, du 14 au 15 octobre, il y a eu 27 cas et 11 décès ; du 15 au 16, on a constaté 16 cas et 4 décès. A Szegedin, 1 cas ; à Cracovie, 1 ; à Podgorze, 1. — On annonce que le sultan a envoyé 100 livres turques destinées à être distribuées aux pauvres de Budapest éprouvés par l'épidémie.

Allemagne. — En *Alsace*, l'épidémie cholériforme signalée précédemment à *Saint-Georges*, petit village de l'arrondissement de Sarrebourg, s'est aggravée vers le 19 octobre. On a constaté plusieurs cas jusqu'au 19 : leur nombre a été de 14 et la population est de 280 habitants. Quelques cas suspects auraient été constatés à *Haie-des-Allemands.*

Hambourg commence à reprendre l'aspect qu'il avait avant l'épidémie. Les cafés-concerts et les bals publics ont rouvert. — L'empereur a envoyé 50,000 marcs au fonds de secours pour les familles frappées par l'épidémie cholérique à Hambourg, fonds qui s'élève déjà à 2,500,000 marcs. Le sénat de Hambourg a décidé que cette donation deviendrait le noyau d'un fonds spécial pour venir en aide aux orphelins.

Espagne. — Le directeur général des services sanitaires, en repondant aux réclamations de la Chambre de commerce de Gibraltar, a déclaré que l'Espagne maintiendra les mesures sanitaires contre les provenances de Gibraltar, tant que les autorités de cette ville n'auront pas déclaré contaminés tous les ports considérés comme tels par le gouvernement espagnol.

Danemark. — Le ministre de la justice a ordonné une quarantaine de cinq jours pour les provenances des ports français de la Méditerranée.

Brésil. — La Chambre de commerce de Londres, s'étant plainte au Foreign Office de la quarantaine imposée par le Brésil, le chargé d'affaires britanique au Brésil informe le Foreign Office que les vaisseaux venant d'Angleterre à partir du 5 octobre ne sont plus soumis à la quarantaine. M. B.

A propos du Concours de l'internat.

La lettre, que nous avons publiée dans le dernier numéro, au sujet d'une irrégularité constatée au Concours de l'internat, a été l'occasion d'un article intéressant de la *Gazette des Hôpitaux* (n° 122), dont nous pensons utile de reproduire la conclusion :

« La répétition trop fréquente de pareilles incorrections, dit l'auteur, chez les candidats, est peu faite pour engager les juges à la clémence. Il est bon que les candidats soient prévenus que changer un seul mot de leur composition est une faute grave, devant être sévèrement punie ; il n'est pas mauvais que le candidat qui la commet sache qu'il joue sa réputation et son avenir, et un bon exemple, rappelant les oublieux à la saine appréciation de leur devoir, serait actuellement bien accueilli de la grande majorite des candidats. »

Enseignement professionnel de la mécanique orthopédique, prothétique et herniaire (1).

Cours gratuits.

Programme et Sommaire. — L'enseignement comprendra quatre cours, divisés chacun en deux périodes, dites de première et de deuxième année : 1er Cours : *Anatomie normale et pathologique* ; 2e Cours : *Mécanique humaine* ; 3e Cours : *Mécanique appliquée et technologie* ; 4e Cours : *Sidérurgie. Le fer, la fonte, l'acier.* — Les cours d'anatomie et de mécanique humaine auront lieu alternativement le lundi et le mercredi de chaque semaine, à 8 heures 1/2 du soir, à la mairie du 11e arrondissement, 8, rue de la Banque, de novembre à fin février, soit 15 leçons. Les cours de mécanique appliquée et de technologie et le cours de sidérurgie auront lieu de mars à fin mai, soit 10 leçons environ.

1re Année. Cours préparatoire.

ANATOMIE STATIQUE.

Squelettologie.

Professeur : M. le Dr BEURNIER, ex-chef de Clinique de la Faculté de médecine de Paris.

SOMMAIRE : 1re Leçon : Clavicule, omoplate, humerus. 2e Leçon : Radius et cubitus. 3e Leçon : Femur. 4e Leçon : Tibia et perone.

(1) Sous le patronage de la *Chambre syndicale des Instruments et appareils de l'art médical.*

5e Leçon : Pied et main. 6e Leçon : Tete (conformation extérieure, os maxillaires). 7e Leçon : Bassin. 8e Leçon : Colonne vertébrale normale, colonne vertébrale pathologique. 9e Leçon : Articulations de la tete et du cou, articulations des vertèbres. 10e Leçon : Epaule. 11e Leçon : Coude. 12e Leçon : Poignet et articulations de la main. 13e Leçon : Hanche. 14e Leçon : Genou. 15e Leçon : Cou-de-pied et pied.

MÉCANIQUE HUMAINE.

Professeur : M. le Dr MORA.

Cours de 1re année : *Principes de Géométrie.*

1re Leçon : Ligne droite, ligne courbe, circonférence, angles, perpendiculaires et obliques, parallèles, parallélogramme. 2e Leçon : Mesure des angles, bissectrice, tangente à la circonférence, raccord des droites et des courbes. 3e Leçon : Raccords des courbes entre elles, lignes proportionnelles et figures semblables. 4e Leçon : Surfaces, leur génération, surface plane, courbe, surface gauche, surfaces articulaires. 5e Leçon : Plan par rapport à un plan, plan vertical, horizontal, perpendiculaire, oblique, parallèle, angle de deux plans, de plusieurs plans. 6e Leçon : Surfaces et volumes de révolution, cylindre, cône, tronc de cône, sphère. 7e Leçon : Sections planes de ces surfaces, raccord des surfaces de révolution.

Principes de mécanique élémentaire.

8e Leçon : Force, direction, intensité, forces de même sens, de sens contraires, forces angulaires. 9e Leçon : Losange et parallélogramme des forces, résultante des forces angulaires, moment. 10e Leçon : Forces parallèles, leur résultante, couple moment, centre des forces parallèles. 11e Leçon : Centre de gravité des lignes, des surfaces, des volumes. 12e et 13e Leçons : Machines simples, leviers, poulie, treuil, plan incliné. 14e Leçon : Mouvement uniforme, varié, composition des mouvements, mouvement de rotation. 15e Leçon : Transformation des mouvements.

Les cours commenceront le lundi 7 novembre. Pour le cours de mécanique appliquée et de technologie, comme pour celui de sidérurgie, le programme et le sommaire seront publiés en temps, c'est-à-dire un mois environ avant l'ouverture de ces cours.

Pour obtenir une carte d'admission, il suffit de s'adresser, soit à M. G. Wickham, président de la Chambre syndicale, soit à M. F. Lacroix, secrétaire-rapporteur de l'enseignement orthopédique, qui la délivreront gratuitement.

Nous ne saurions trop engager tous ceux qui s'exercent à la mécanique orthopédique et herniaire, ainsi que ceux qui s'intéressent ou se préparent à cet art industriel, à se faire inscrire à ces cours gratuits. Le bénéfice qu'il y aura pour chacun d'eux à puiser à cette source nouvelle est manifeste : il est inutile d'insister sur ce point. Ce sera là la meilleure préparation pour le travail d'atelier, aussi bien que pour le travail de conception et d'application sur nature des appareils de redressement, de prothèse et de contention. Jusqu'ici la mécanique spéciale n'avait point d'enseignement technique. La Chambre syndicale, grâce à l'initiative de M. Wickham, vient d'en créer un. C'est un nouvel et puissant outil de perfectionnement que les laborieux et les intelligents saisiront avec empressement. Tous nos compliments personnels aux organisateurs de cet enseignement ; tous nos vœux à cette hardie tentative, si désintéressée.

Marcel BAUDOUIN.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 31. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Straus, Retterer, Sebileau. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Gaucher. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hotel-Dieu. (1re *série*) : MM. Tillaux, Ricard, Lejars. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hotel-Dieu. (2e *série*) : MM. Marchand, Jalaguier, Delbet.

JEUDI 3. — Médecine opératoire : MM. Panas, Guyon, Albarran. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Roger. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Bouchard, Debove, Charrin. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Ballet.

VENDREDI 4. — Dissection : MM. Marchand, Jalaguier, Sebileau. — 2e de Fin d'année d'Officiat : MM. Joffroy, Ricard, Lejars. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Tillaux, Tuffier, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Straus, Brissaud, Letulle.

SAMEDI 5. — Médecine opératoire : MM. Le Fort, Brun, Poirier. — 2e de Fin d'année d'Officiat. — MM. Laboulbène, Albarran, Menetrier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ballet, Chantemesse, Gley. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hotel-Dieu. (1re *série*) : MM. Panas, Schwartz, Quénu. — (2e *série*) : MM. Duplay, Le Dentu, Nelaton. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Gilbert, Roger.

Enseignement médical libre.

Maladies de l'appareil urinaire.—Le Dr H. PICARD commencera le lundi 24 octobre, à 5 heures, à sa Clinique, 16, rue Dauphine, un cours public et gratuit et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Maladies du larynx. — Le Dr CASTEX, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra son cours sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, à sa Clinique, 52, rue Jacob, le jeudi 3 novembre, à 4 heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.—*Examen des malades et opérations* les mêmes jours, à partir de 2 h. 1/2. On s'inscrit 52, rue Jacob, les mardis, jeudis, samedis, de 2 h. 1/2 à 4 h. 1/2.

Cours d'ophtalmologie. — Le Dr JOCQS, ancien interne des hopitaux, commencera un cours complet d'ophtalmologie le mardi 1er novembre à la Clinique Française, 30, rue d'Assas. On s'inscrit au secrétariat de la Clinique, tous les jours, de 2 heures à 3 heures.

Gynécologie opératoire. — M. le Dr Ch. FOURNEL commencera le lundi 31 octobre 1892, à une heure, à sa clinique particulière, rue Sainte-Anne, 65, un cours gratuit, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. S'inscrire à la Clinique.

Cours de Gynécologie. — Le Dr AUVARD commencera à sa Clinique, 15, rue Malebranche, un cours de Gynécologie, le mardi 8 novembre, à 4 h. 1/2, et le continuera les jeudi, samedi et mardi à la même heure. Ce Cours public et gratuit sera complet en 15 leçons.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 16 oct. 1892 au samedi 22 oct. 1892, les naissances ont été au nombre de 1112 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 399 ; illégitimes, 166, Total, 565. — *Sexe féminin* : légitimes, 393 ; illégitimes, 154. Total, 547.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 16 oct. 1892 au samedi 22 oct. 1892, les décès ont été au nombre de 867 savoir : 446 hommes et 421 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoide : M. 9, F. 8, T. 17. — Variole : M 1, F. 0. T. 1. — Rougeole : M. 2, F. 3, T. 5. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 3, F. 6, T. 9. — Diphtérie, Croup : M. 11 F. 10, T. 21. — Affections cholériformes : M. 1, F. 3, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 120, F. 73, T. 193. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 11, T. 20 — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 3, T. 4 — Tumeurs malignes : M. 13, F. 28, T. 41. — Méningite simple : M. 9. F. 10, T. 19. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 27, T. 51. — Paralysie, M 3. F. 5, T. 8 — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 5, T. 6 — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 35, T. 62. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 4, T. 11. — Bronchite chronique, M. 15, F. 12, T. 27. — Broncho-Pneumonie : M. 10, F. 6, T. 16, — Pneumonie : M. 13, F. 15, T. 28. — Gastro-entérite, biberon : M. 24, F. 26, T. 50 — Gastro-entérite, sein : M. 3. F. 7, T. 10. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1 Débilité congénitale : M. 8, F. 10, T. 18 — Sénilité : M. 7, F. 15, T. 22 — Suicides : M. 16, F. 3, T. 19. — Autres morts violentes : M. 8, F. 2, T. 10. — Autres causes de mort : M. 94. F. 82, T. 176 — Causes restées inconnues : M. 4, F. 3, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 79, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32, illégitimes, 14. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 10. Total : 33.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (année scolaire 1892-93, semestre d'hiver). — *Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie.* — Pr M. BROUARDEL. — I. *Cours de médecine légale pratique à la Morgue :* Le cours de Médecine légale pratique commencera à la Morgue, le mercredi 9 novembre 1892, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — *Ordre du cours :* les mercredis, M. le Pr BROUARDEL ; les vendredis, M. le Dr DESCOUST, chef du laboratoire de Médecine légale ; les lundis, M. le Dr VIBERT, chef du laboratoire d'Anatomie pathologique. — II. *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.* — Les Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie, seront faites au laboratoire de Toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marche-Neuf). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 5 novembre 1892, les mardis, jeudis et

samedis. — *Ordre du cours* : les jeudis, à 4 heures, M. le Dr DESCOUST, chef du laboratoire de Médecine légale; les mardis, à 3 heures, M. le Dr VIBERT, chef du laboratoire d'Anatomie pathologique; les samedis, à 3 heures, M. OGIER, Docteur ès sciences, chef du laboratoire de Chimie. — III. *Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique et aux conférences* : Seront seuls admis à suivre les cours de Médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au Secrétariat de la Faculté : 1° MM. les Docteurs en médecine ; 2° MM. les Etudiants ayant subi le troisième examen de doctorat. Le laboratoire de Chimie (Caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Cours d'anatomie. — M. le Pr FARABEUF commencera le cours d'anatomie le vendredi 4 novembre 1892, à 4 heures (grand ampthithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le Pr CORNIL commencera le cours d'anatomie pathologique le vendredi 4 novembre 1892, à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage).

Cours de chimie médicale. — M. le Pr GAUTIER, membre de l'institut, commencera le cours de Chimie médicale le samedi 5 novembre 1892, à 1 heure (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours d'histologie. — M. le Pr MATHIAS-DUVAL commencera le cours d'histologie le samedi 5 novembre 1892, à 4 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Objet du cours : Les tissus conjonctif, cartilagineux, osseux ; le système musculaire ; les épitéliums ; le système muqueux ; la peau et ses annexes.

Cours de clinique médicale. — M. le Pr PETER commencera son cours de clinique médicale, à l'hopital Necker, le mercredi 16 novembre 1892, à 10 heures, à l'amphithéâtre de médecine de cet hôpital, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le Pr LE DENTU commencera le cours de Clinique chirurgicale le vendredi 4 novembre 1892, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. Opérations : les mardis et vendredis après la leçon. Opérations abdominales : le jeudi à 9 h. au pavillon de gynécologie. Visite des malades : les lundis, mercredis et vendredis, salle Malgaigne (hommes) ; les mardis et samedis, salle Lenoir (femmes).

Cours de clinique des maladies des voies urinaires. — M. le Pr GUYON reprendra ses leçons le mercredi 9 novembre 1892, à 9 heures (hopital Necker), et les continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours de clinique médicale. — M. le Pr POTAIN commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 8 novembre 1892, à 10 heures, et le continuera les samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure. La visite des malades aura lieu à 8 heures 1/2 du matin. Leçons de séméiologie, par M. Vaquez, chef de clinique, les vendredis à 10 heures. Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le Pr Alfr. FOURNIER commencera ce cours le vendredi 11 novembre 1892, à 9 heures et demie du matin (hopital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — M. le Pr STRAUS commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée le vendredi 4 novembre 1892 à 4 heures de l'après-midi, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, à l'amphitheatre du laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique (1er étage). Objet du cours : Biologie générale des microbes ; Technique bacteriologique ; Principaux microbes pathogènes.

Cours de pathologie interne. — M. le Pr DIEULAFOY commencera le Cours de pathologie interne, le samedi 5 novembre 1892, à 3 heures (grand amphitheatre) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de pharmacologie. — M. le Pr Gabriel POUCHET commencera le cours de pharmacologie, le samedi 5 novembre 1892, à 2 heures de l'après-midi (petit amphitheatre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, a la meme heure.

Cours de physiologie. — M. le Pr. Ch. RICHET commencera le cours de physiologie le vendredi 4 novembre 1892, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, a la meme heure

Cours de thérapeutique et matière medicale. — M. le Pr HAYEM commencera le cours de thérapeutique et matière médicale le vendredi 4 novembre 1892, à 4 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Programme du cours : Agents physiques ; Climats ; Eaux minérales.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. — M. le Pr. PINARD commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le lundi 7 novembre 1892, à 9 heures du matin (Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Ordre du cours : lundi et vendredi, leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre, par le professeur ; mardi, leçons de diagnostic obstétrical, par le Dr Lepage, chef de clinique ; mercredi, leçons et opérations de gynécologie, par le Dr P. Segond, agrégé ; jeudi, leçons de thérapeutique obstétricale, par le Dr Varnier, agrégé, à 4 heures ; samedis, leçons et opérations de chirurgie infantile par le Dr Kirmisson, agrégé. Tous les jours à 5 heures, cours pratique et manœuvres obstétricales par les Docteurs Potocki, Wallich et Bouffe de Saint-Blaise, répétiteurs. Visite tous les matins à 9 heures.

Conférences de pathologie externe. — M. RICARD, agrégé, commencera ces conférences le samedi 5 novembre 1892, à 4 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Conférences de physique médicale. — M. WEISS, agrégé, commencera les conférences de physique médicale le samedi 5 novembre 1892, à 11 heures du matin (petit amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Pr VERNEUIL fera sa leçon d'adieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine samedi prochain, 29 octobre, à 8 heures et demie du soir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — *Validation du stage de pharmacien.* — La session d'examen de validation du stage sera ouverte le lundi 7 novembre, à 8 heures du matin, annexe de la Faculté de Bordeaux, rue Jean-Burguet, 3. Les consignations seront reçues jusqu'au jeudi 3 novembre.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.* — Liste des questions posées à l'épreuve orale d'anatomie : *Face inférieure du foie* (conf. ext. et rapports) ; — *Biceps brachial et brachial antérieur* ; — *Tiers supérieur du fémur.* — Ces questions se rapportent aux séances dans lesquelles passent exclusivement les étudiants devant faire cette année leur service militaire et qui sont au nombre de 130 environ.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — La vingt-deuxième session de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra en 1893, à Besançon, sous la présidence de M. le Pr Bouchard. Très probablement le Congrès aura lieu à Caen en 1894.

Prix. — L'Association française pour l'avancement des Sciences a reçu d'un donateur anonyme une somme de 600 francs, destinée à récompenser, sous la forme de deux prix, l'un de 400 francs, l'autre de 200 francs, les auteurs du meilleur travail sur la question suivante : Etudier, d'après des documents locaux, la fréquence de la rage et les mesures prophylactiques en vigueur dans un département, la Seine excepté, ou une région (deux ou trois départements) de la France et de l'Algérie. Les chiffres statistiques devront porter au moins sur dix années et comprendre les résultats de 1892. Les manuscrits devront être envoyés avant le 31 mars 1893, à M. le Secrétaire du Conseil de l'Association, 28, rue Serpente, Paris.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE FRANCE. — *Legs.* — L'Association générale des Médecins de France à Paris, approuvée par arrêté ministériel du 31 aout 1858, est autorisée à accepter le legs de la somme de 15.000 francs qui lui a été fait par la dame Marest (Thérèse-Adélaide), veuve de sieur Hugier, suivant son testament olographe du 5 décembre 1883. Le produit de ce legs sera versé à la Caisse des Depots et Consignations pour y être inscrit au crédit du fonds des retraites de la Société.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Par arrêté du ministre de l'intérieur, il est crée un nouvel emploi de médecin adjoint du service des aliénés du département de la Seine, dont le titulaire sera chargé d'organiser et de surveiller la colonie familiale etablie, à titre d'essai, par le departement de la Seine, à Dun-sur-Auron (Cher). M. le Dr MARIE, medecin adjoint à l'asile public d'aliénés d'Evreux, est nommé titulaire de ce nouveau poste.

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE. — *Sommaire* du N° 5 · 1er novembre 1892. — E. KUMMER (Genève). Observation d'un athérome sous-cutané du creux palmaire et considérations sur la valeur systématique de l'atherome sous-cutané ou kyste epidermoide (1 *Fig.*), p. 357-366. — J. REBOUL (Marseille). A propos d'une tumeur de la paume de la main : fibro-sarcome à myelo-

plaxes (1 *Fig.*), p. 367-377. — A. BOLOGNESI (Le Mans). — De la chloroformisation à doses faibles et continues dans la position déclive sur le plan incliné à 45 degrés (7 *Fig.*), p. 378-391. — E. VILLARD (Lyon). Ancien nœvus de la face ayant pris un développement monstrueux (2 *Fig.*), p. 392-398. — M. POLLOSSON. (Lyon). Du traitement de certains abcès aigus d'origine dentaire par trépanation de la dent au collet, p. 399-402. — E. GUILLET (Caen). Phlegmon infectieux sous-lingual (angiome de Ludwig, p. 403-406. — G. PHOCAS (Lille). Contribution à l'étude de la coccygodynie, p. 407-412. — H. DAYOT (Rennes). De la résection costale dans le traitement des abcès froids thoraciques (1 *Fig.*), p. 413-428. — M. JABOULAY (Lyon). A propos d'un nouveau cas de gastro-entérostomie et de jéjuno-duodénostomie, p. 429-430. — Bibliographie. — Ce numéro de 80 pages renferme dans le texte quinze photogravures en relief dont dix au trait et cinq à la demi-teinte.

CONFRÉRIE SAINT-COME ET SAINT-DAMIEN.—Les journaux politiques nous apprennent qu'une confrérie de médecins s'est rendue en pèlerinage à Montmartre; c'est la confrérie des saints Côme et Damien; ils ajoutent : Cette société de médecins est une confrérie, une véritable association professionnelle qui est à coup sûr l'aïeule de tous les syndicats actuels. Elle a quelque chose comme six cent cinquante ans d'existence. Elle fut érigée par saint Louis, le 25 février 1255. En 1774, les édits de Turgot supprimèrent l'association des saints Côme et Damien, comme les autres maîtrises et jurandes. Le père Lacordaire essaya vainement, vers 1839, de ressusciter l'antique confrérie médicale, sous le titre de collège de Saint-Luc. Ce fut seulement en 1884 que douze médecins chrétiens se réunirent et reprirent dans toute son intégrité spirituelle le règlement de jadis, et se groupèrent de nouveau sous la devise célèbre : *Consilio manuque mortem arte pellit.* Aujourd'hui ces médecins seront non plus douze, mais *sept cents*.

DE LA PHOTOGRAPHIE DES COULEURS. — M. LIPPMANN a présenté à l'Académie des sciences, cette semaine, des photographies colorées du spectre obtenues sur *albumine bichromatée*. Une couche de cette substance coulée et séchée sur une plaque de verre est exposée dans la chambre noire, adossée à un miroir de mercure. Il suffit ensuite d'un simple lavage à l'eau pure pour développer et fixer les couleurs qui sont extrêmement brillantes et visibles sous toutes les incidences. La théorie de l'expérience est la même que pour les belles épreuves aux sels d'argent, précédemment employés par M. Lippmann.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — M. le docteur VERNEAU, chargé du cours d'anthropologie organisé par le comité d'enseignement populaire supérieur de la ville de Paris, a commencé ce cours le jeudi 20 octobre, à 8 h. 1/2 du soir, dans la salle des Prévôts, à l'Hôtel de Ville, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

HOPITAUX DE BORDEAUX. — *Internat des hôpitaux.* — Voici la liste des candidats déclarés admissibles : 1 Vitrac, 2 Cabannes et 3 Carrère, *ex æquo* ; 4 Guérin, 5 Brudet et 6 Vénot, *ex æquo* ; 7 Grimard, 8 Fieux, 9 Chavanaz et 10 Dubourg, *ex æquo*, 11 Teynac et 12 Dub-Jourdan, *ex quo* ; 13 Taffarelle, 14 Bartet, 15 Duclos, 16 Baile et 17 Delmas, *ex æquo* ; 18 Lenaud et 19 Crozet, *ex æquo* ; 20 Quinson et 21 Vignier, *ex æquo* ; 22 Castets, 23 de Boucaud et 24 Veyez, *ex æquo.*

HOPITAUX DE ROUEN. — Le concours de l'Internat en pharmacie s'ouvrira le 8 décembre 1894 à neuf heures du matin. Le registre d'inscription restera ouvert à la direction de l'Hôpital général, jusqu'au 23 novembre, dernier délai.

HÔPITAL DE PROVINS. — *Legs.* — M. Arthur Garnier-Pagès, fils de l'ancien membre du gouvernement provisoire de 1848, mourait, il y a un an environ. Mme Garnier-Pagès en conçut une douleur que rien ne parvint à adoucir. Hier matin, le concierge de l'immeuble où elle demeure, inquiet de ne pas la voir, avertit le commissaire de police. Ce magistrat fit enfoncer la porte et l'on trouva Mme Garnier-Pagès morte sur son lit. Au milieu de la pièce était un réchaud à charbon éteint. Dans un testament placé tout ouvert sur une table, la défunte *lègue toute sa fortune à l'Hopital de Provins.*

HOPITAUX DE REIMS. — Un concours pour trois places d'interne s'ouvrira à l'Hotel-Dieu de Reims le 8 novembre. Le 10 novembre s'ouvrira au même hôpital un concours pour quatre places d'externe.

LA DÉSINFECTION A PARIS. — Il résulte d'un rapport de M. Dujardin-Beaumetz au Conseil d'hygiène de la Seine que le service des étuves municipales a fait en août 1,720 désinfections ; en septembre 2,996, et, jusqu'au 13 octobre 1,397. M. Dujardin-Beaumetz constate dans son travail qu'il est surtout deux maladies où on les demande souvent : la tuberculose et la diphtérie. La ville de Paris a fait une moyenne de 15 à 20 désinfections par jour pour des affections afférant à la tuberculose.

LES CASIERS SANITAIRES A PARIS. — Chacune des habitatoins de Paris va être dotée d'un casier sanitaire. D'après M. le docteur Martin, le casier sanitaire de chaque immeuble comprendrait huit feuilles volantes, de couleurs différentes, réunies dans une chemise commune, portant d'une manière très apparente la rue, le numéro, le quartier et l'arrondissement dudit immeuble. La première feuille, comportant la description sommaire et le croquis, est la seule qui nécessite un travail un peu important et devant être effectué dans un délai aussi rapproché que possible ; les autres seraient établis au fur et à mesure des renseignements transmis. La constitution du casier sanitaire se subdiviserait en deux opérations : 1° l'établissement du casier et sa mise à jour ; 2° l'envoi de renseignements par les divers services intéressés. Il y a donc lieu de prévoir des frais de premier établissement et de fonctionnement. Les casiers sanitaires des 80,000 habitations environ qui existent à Paris nécessiteront, à raison de 10 casiers établis chaque jour et de 280 jours de travail effectif par année, 28 employés. Avec un tel personnel, le travail de premier établissement pourrait être fait en une année. Si l'on préfère l'effectuer en plusieurs années, il convient de ne pas y consacrer plus de cinq années au maximum. Pour la mise à jour du casier, l'envoi régulier des renseignements, les demandes et les signalements adressés, et pour entreprendre et suivre les enquêtes que les constatations faites chaque jour permettront de susciter, le service du casier exigera la présence de quatre employés et des travaux extraordinaires devant être faits dans les services intéressés. Cette manière de procéder, dit M. Martin, a depuis longtemps fait ses preuves dans de nombreuses villes de France et de l'étranger, notamment à Bruxelles, Moscou, au Havre, à Saint-Etienne, Nice, Amiens, etc.

LES POLICLINIQUES. UN EXEMPLE A SUIVRE. — En annonçant la fondation du journal *La Policlinique*, de Namur, la rédaction informe les médecins que le *Dispensaire médical* et la *Policlinique* de Namur ont été fondés dans le but *absolument exclusif de soigner les pauvres*. Nul ne peut être reçu dans l'établissement s'il n'est porteur d'un *certificat d'indigence*. Les autres policliniques feraient bien d'imiter leur jeune sœur ; l'exploitation du corps médical est déjà plus que suffisante, sans que les médecins y prêtent encore eux-mêmes la main.

L'ALIÉNATION DE L'HOPITAL DU GROS-CAILLOU. — C'est le 15 octobre qu'a commencée la mise en exécution de la loi du 9 juillet 1892, qui prescrit l'aliénation des hopitaux militaires du Gros-Caillou et de Saint-Martin à Paris. A cette date aura lieu la vente aux enchères publiques du premier de ces deux établissements, sur la mise à prix de 5,400,500 francs. La superficie de l'immeuble étant de 21,602 mètres carrés, cela met le prix du mètre à 250 francs. Rappelons que, lors de la discussion du projet de loi, la valeur de l'hôpital du Gros-Caillou n'avait été comptée que pour 2,914,500 francs.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — M. le Dr GOULARD, républicain, a été élu, sans concurrent, conseiller général du canton de Solre-le-Chateau.

MÉDECINS SÉNATEURS. — M. le Dr LE PLAY vient d'être élu sénateur de la Haute-Vienne.

MONUMENT MARMONIER A DOMÈNE. — La ville de Domène vient d'élever un monument à la mémoire de M. le Dr Marmonier. Un grand nombre de confrères s'étaient rendus à cette véritable fête de famille, pendant laquelle M. Etienne, maire de Douvin, M. le Pr Grasset, MM. les Drs Boffart, Dojon et Turet, et M. le général Lespiau ont successivement rappelé l'homme de bien, le praticien éminent, dont le souvenir reste si vivant dans l'Isère.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. DES CLOIZEAUX, membre de l'Institut, professeur de minéralogie au Muséum d'histoire naturelle, est admis, pour ancienneté d'age et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. des Cloizeaux est nommé professeur honoraire au Muséum d'histoire naturelle.

RÉCOMPENSES. — *Médailles d'honneur.* — Par application du décret du 15 avril 1892 et de l'arrête ministériel du 27 du même mois (insérés au *Journal officiel*) le Ministre de la guerre a décerné, le 20 aout 1892, la médaille d'honneur ci après pour récompenser des actes de dévouement à l'occasion d'épidemies intéressant l'armée. *Médaille de bronze :* LAVAL, soldat au 17e escadron du train des équipages. Se fit remarquer par son zèle et son dévouement comme infirmier auxiliaire à l'hospice mixte de Mautauban en donnant des soins permanents aux malades atteints d'angine diphterique, a été atteint lui-même, le 3 juin 1892, d'une angine diphterique, compliquée de laryngite et de broncho-peumonie.

PRIX LENVAL. — M. le baron Léon de LENVAL (Nice) offre la somme de 3,000 francs comme prix accordé à l'auteur de la meil-

leure application des principes microphoniques à la construction d'un appareil facilement portatif et améliorant la faculté d'audition des malades. Les instruments destinés à concourir pour ce prix doivent être envoyés avant le 31 décembre 1891 au président du jury ou à M. le professeur Victor v. Lang à Vienne. Seront seuls admis à concourir pour ce prix des instruments complètement achevés. Lors de l'examen il sera tenu compte de la perfection de la construction mécanique, de la juste observation des lois de la physique et principalement de l'amélioration de la faculté auditive produite par ces appareils. La publication du jugement du jury, ainsi que la remise du prix, aura lieu au 5me Congrès international d'otologie à Florence en septembre 1892. Si aucun instrument n'était reconnu digne du prix, le jury se réserve le droit de provoquer un nouveau concours, sauf le droit réservé par M. de Lenval de disposer autrement du prix. *Les membres du Jury* : Prof. Dr Adam Politzer, président du jury, Vienne ; Prof. Victor v. Lang, Vienne ; Dr Benni, Varsovie (16 Bracka) ; Dr Gellé, Paris, 4, rue Sainte-Anne ; Prof. Urban Pritchard, Londres ; Prof. St. John Roosa, New-York.

Presque un duel pour une thèse.— On se souvient que dans un article publié dans le *Petit Var*, M. Derepas, professeur de philosophie au lycée de Toulon, avait accusé M. Alfred Binet d'avoir, dans un article de la *Revue des Deux Mondes* sur l'audition colorée, pillé une thèse de M. le docteur Jules Millet. Après les explications qu'a fournies M. Binet en réponse à cette accusation, M. Derepas a reconnu loyalement, dans une lettre parue dans le *Petit Var* du 18 octobre, qu'il s'est trompé. « En fin de compte, dit M. Derepas, personne ne peut regretter un incident qui fait éclater le parfait désintéressement de M. Binet et qui donne à notre cher Millet la part de juste notorité à laquelle il a droit. » Qu'on nous permette d'ajouter que la thèse de M. Millet, que nous avons lue, mérite d'être ainsi défendue.

Quelques conseils chirurgicaux. — Extraits d'une série de préceptes destinés aux praticiens : « Ne crachez pas dans vos mains avant d'opérer ; la salive contient des microbes. » — « N'oubliez pas, après une laparotomie, de compter vos aides ; l'un d'eux pourrait être resté dans le ventre. » (*Union médic.*).

Récompenses. — Le *Journal officiel* publie une liste des médailles d'honneur et de mentions honorables décernées à divers es personnes qui ont accompli des actes de courage et de dévouement. Nous relevons dans cette liste le cas suivant : *Mention honorable* : Dame Jeanne Boy, sage-femme à Domaize : a fait preuve du plus grand dévouement en prodiguant ses soins à un grand nombre d'enfants atteints de diphtérie.

Société médicale de Reims. — *Prix*. — La Société médicale de Reims vient de décerner son prix (médaille d'or) à M. le docteur Ollivier (de Juvigny).

Société française d'Hygiène. — La *Société française d'Hygiène* a offert jeudi soir un banquet à son secrétaire général, M. le docteur de Pietra Santa, fondateur de la Société, à l'occasion du cinquantenaire de sa réception au doctorat.

Service de santé militaire. — La Commission de classement du service de santé, pour 1893, est composée comme suit : Président : M. le général Davout, duc d'Auerstaedt, membre du Conseil supérieur de la guerre ; Membres : MM. les médecins-inspecteurs Colin, Baudouin, Mathis, Dauvé, Arnould, Vallin, Mathieu, Aron et M. le pharmacien-inspecteur Marty ; Secrétaire, sans voix délibérative ni consultative : M. le médecin principal de première classe Chambé, chef de la section technique de santé.

Composition de la Commission du classement du service de santé en 1892. Président : M. le général Davout, duc d'Auerstaedt, membre du Conseil supérieur de la guerre. — *Membres* : MM. les médecins-inspecteurs Colin (1er arrondissement), Baudouin (2e), X... (3e), Mathis (4e), Dauvé (5e), Arnauld (6e), Vallin (7e), Mathieu (8e), Aron (9e) et M. le pharmacien-inspecteur Marty. Secrétaire sans voix délibérative ni consultative : M. le médecin principal de 1re classe Chambé, chef de la section technique de santé.

Service de santé de la marine. — Par décret en date du 12 octobre 1892, M. le Dr Guérard, ancien médecin auxiliaire de la marine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

Service de santé des Colonies. — Par décret en date du 15 octobre 1892, MM. les docteurs Bonneau et Parin, médecins auxiliaires de deuxième classe de la Marine, ont été nommés médecins de deuxième classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat.

Soirées de morphine. — *The Medical Record*, de New-York, du 1er octobre, pretend, d'après le *Standard*, de Londres, que les soirées de morphine seraient devenues une « institution reconnue dans certains cercles parisiens. » S'il en est ainsi, ces cercles préparent de la besogne aux médecins.

Université libre de Bruxelles.— La semaine dernière a eu lieu, à Bruxelles, la réouverture des cours de l'Université libre. Cette cérémonie n'avait pas eu lieu depuis deux ans à cause des scènes tumultueuses qui s'était précédemment passées lors de la réouverture. Cette année, les étudiants avaient promis d'observer le plus grand silence. La séance a eu lieu sous la présidence de M. Buls, bourgmestre de Bruxelles et président du conseil d'administr ation de l'université. A ses côtés, on remarquait les membres du corps professoral, parmi lesquels M. Elisée Reclus, professeur à la Faculté des sciences pour cette année. M. Graux a présenté le rapport du conseil d'administration et M. Hector Denis, recteur pour l'année académique courante, a prononcé le discours d'inauguration. Il a traité du socialisme et, faisant allusion au grand débat actuel, a terminé en émettant des vœux en faveur de la représentation de tous les intérêts.

Université de Liège. — L'Université de Liège célébrera le 19 novembre prochain le 75me anniversaire de sa fondation. Les étudiants des Universités étrangères seront invités à cet anniversaire.

Une grève d'étudiants a Athènes. — Le étudiants d'Athènes se sont mis en grève pour protester contre l'élévation des droits universitaires proposés par le gouvernement. Des troubles ont eu lieu et des étudiants ont été arrêtés. Le premier Ministre a reçu la délégation des étudiants d'une façon peu courtoise. On ne sait encore comment tout cela va se terminer. Le fait est que les nouvelles taxes universitaires paraissent exorbitantes.

Nécrologie.—M. Charles-Eugène Leprieur, ancien pharmacien principal de 1re classe des armées, officier de la Légion d'honneur, mort à 78 ans, à Bassing (Alsace-Lorraine), le 12 août 1892. Membre de la Société entomologique de France depuis 1837, dont il avait été deux fois président. Leprieur était connu des naturalistes par ses nombreux travaux et traductions zoologiques (M. B.). — M. le Dr Bodereau (du Mans). — M. le Dr Oserat (de Busset).— M. le Dr Garnier père, décédé à Saint-Sorlin (Saône-et-Loire), à l'age de 81 ans, était un ancien interne des hôpitaux de Lyon (1833). — M. le Dr P. Pellizari (de Florence), syphiliographe distingué et polémiste ardent. — M. le Dr Guyenet Paul, ancien interne des hôpitaux de Lyon, décédé à 30 ans. — M. le Dr Delbarre, ancin interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Cambrai, vice-président de l'Association des médecins du Nord, décédé le 15 septembre 1892 à 50 ans. — M. le Dr Fetscherin, médecin aliéniste très distingué, directeur de la Métairie (Suisse) •

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchement.* — Enseignement obstétrical, clinique et théorique (1892-93).

Enseignement clinique : M. le Dr P. Budin, chef de service, tous les jours à 9 heures. — Mardi, jeudi, samedi : Lecture des observations et interrogatoire des élèves. —Jeudi à 10 heures 1/2 : Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Les élèves seront dirigés dans la pratique des accouchements par des moniteurs.

Enseignement théorique et manœuvres opératoires : M. le Dr Bonnaire, accoucheur des hôpitaux. Leçons : Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir. — Ouverture du cours de M. le Dr Bonnaire, le mardi 18 octobre, à 5 heures du soir. — Conférences par M. le Dr Legry, chef de laboratoire du service. Chaque période d'enseignement complet durera deux mois et demi environ.

Hospice de Bicêtre. — *Samedi.* Visite du service de M. Bourneville.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 45. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 5 NOVEMBRE 1892.

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le stage hospitalier.

L'examen des réformes que nécessite impérieusement l'organisation de l'enseignement de la médecine à Paris a été l'objet, l'an dernier, de nombreuses et vives discussions dans la presse médicale, à la *Société médicale des Hôpitaux*, à la *Société de Chirurgie* et à la *Société des Accoucheurs*. Les personnes qui ne connaissent pas les mobiles qui font trop souvent agir le personnel médico-chirurgical des hôpitaux et les professeurs de la Faculté de médecine pouvaient espérer que des changements considérables seraient apportés afin de remédier à l'insuffisance notoire de l'enseignement officiel et pour arriver à une meilleure et plus complète utilisation des richesses que peuvent fournir à l'instruction des étudiants les établissements hospitaliers de Paris; l'intérêt général le voulait, la grandeur scientifique de notre pays l'exigeait. Qu'a-t-on fait? Rien, ou à peu près rien. Si, on a élaboré un projet de *Règlement du stage hospitalier*. Comme il s'agit là d'une question qui concerne tous les étudiants, qu'elle a une grande importance scolaire, son exposé a sa place tout indiquée dans le *Numéro des Etudiants*.

D'après la « *Division des études* » indiquée sur les affiches de la Faculté (p. 337), le stage hospitalier devrait se faire durant la 2e, la 3e et la 4e années. Mais il n'en est pas ainsi : « Le stage hospitalier *imposé* commence à partir de la 9e inscription (c'est-à-dire au début de la 3e année, et se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la 16e inscription (fin de la 4e année). Chaque année de stage est de dix mois de service dans un hôpital » (Voir p. 339).

D'où il suit que si l'on conseille aux étudinats (*Division des études*) de fréquenter les hôpitaux dès la seconde année, on ne les y oblige que pendant les 3e et 4e années. C'est ce qui a amené la *Société des médecins des hôpitaux* à formuler le vœu que : « 1° Dorénavant le stage soit de trois ans » ajoutant, dans l'intérêt des élèves, qu'il soit « fait, chaque année, moitié en médecine, moitié en chirurgie. »

La discussion, devant cette Société, a dévié de son véritable but. Au lieu d'examiner dans quelles conditions l'enseignement dans les hôpitaux devait être organisé, au point de vue de l'intérêt des étudiants et du progrès des sciences médicales, elle est entrée dans l'examen de questions qui étaient exclusivement du ressort de la Faculté de médecine et de l'administration de l'Assistance publique. Elle a rabaissé le débat à une question de scolarité. En agissant ainsi, cette Société a eu tort, suivant nous; mais, étant donnée sa composition, les intérêts divers de ses membres, elle ne pouvait guère faire autrement. Voici, d'ailleurs, le texte de ses autres vœux :

2° Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de 20 dans les services affectés à l'enseignement, et pour chaque groupe la durée des cours sera de cinq mois. — 3° Sur les 800 stagiaires, la Faculté en prend 300; il en reste 500 qui, à 20 ou 25 élèves par cours, se répartissent en 16 chaires de clinique médicale et 8 ou 10 de clinique chirurgicale. — 4° Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même période de stage. — 5° L'enseignement des trois années de stage portera successivement sur l'étude de la pathologie clinique, de la séméiologie et du diagnostic clinique; mais une certaine latitude sera laissée aux professeurs dans l'interprétation de cet enseignement.

Pour compléter cet exposé, il est nécessaire de dire comment la *Société des médecins des hôpitaux* entend organiser l'enseignement clinique des hôpitaux, au point de vue de l'enseignement lui-même, mais toujours par rapport au fonctionnement du *stage hospitalier*.

6° Les services affectés à l'enseignement seront choisis indistinctement dans les hôpitaux du centre et dans les hôpitaux excentriques. Les chaires de clinique seront réparties à raison d'une dans chacun des hôpitaux suivants : Hôtel-Dieu, Charité, Pitié, Necker, Cochin, Laënnec, Broussais, Saint-Antoine, Lariboisière, Tenon, Enfants-Malades, Trousseau, Beaujon. 7° Les professeurs de clinique seront nommés d'après leur rang d'admission au Bureau central. Ils choisiront dans les hôpitaux auxquels ils seront respectivement attachés les cours vacants, et seront tenus de s'engager, au moment du renouvellement des services, *à faire le cours semestriel pour les stagiaires*.

8° Les cours de clinique ne seront pas nécessairement semestriels et pourront être renouvelés. — 9° Leur durée sera de 3 ans, *après quoi l'enseignement passe aux mains d'un autre médecin du même hôpital*, toujours d'après l'ordre d'admission au Bureau central. — 10° La répartition des élèves dans les services de clinique se fera selon le degré d'avancement et le nombre de leurs années d'études (1).

Bien des remarques seraient à formuler sur ce projet. Nous nous bornerons aujourd'hui à quelques-unes: 1° Il ne fait participer à l'enseignement de la clinique médicale que 13 médecins des hôpitaux; 2° Il ne répartit les stagiaires qu'entre ces 13 médecins au détriment des autres; 3° Il choisit les sous-professeurs de la Faculté, non point parmi les médecins qui ont donné des preuves de leur zèle et de leur savoir en faisant avec fruit, depuis un temps plus ou moins long, de l'enseignement, mais « d'après leur rang d'admission au Bureau central! » Les services rendus à l'enseignement, l'intelligence, l'activité, l'initiative doivent s'incliner devant l'*ancienneté*. Et il y a des gens qui croient que c'est en cela que consistent l'équité, la justice! De son côté la Faculté de médecine a émis les vœux suivants :

1° Le stage sera porté à *trois* ans; 2° La direction et la répartition des élèves stagiaires appartient à la Faculté (1); 3° Les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux participeront dans la mesure nécessaire à l'enseignement clinique.

Le Conseil de surveillance a nommé une Commission de l'enseignement médical chargée d'examiner les diverses propositions émanant des Sociétés des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux, ainsi que les propositions dues à l'initiative de trois membres du Conseil municipal. Cette commission, dans sa première séance (19 déc. 1891), a entendu successivement MM. Brouardel, Peyron, Horteloup, Millard, Strauss, Lannelongue, etc. M. Brouardel a fait un tableau aussi exact que navrant de la manière défectueuse dont le stage était fait dans les hôpitaux, il a déclaré « qu'un grand nombre de stagiaires ne recher-

(1) Nous empruntons ce texte au Mémoire présenté par M. Peyron au Conseil de surveillance. — (2) D'après le décret de 1862, cette répartition appartient à l'Assistance publique.

chent certains services que parce qu'ils savent qu'ils pourront y être très irréguliers sans nuire à leurs inscriptions. » M. Horteloup a fait remarquer avec raison que « c'était précisément dans les services des professeurs de clinique de la Faculté que les stagiaires étaient les moins surveillés », ce que M. le doyen n'a pas contesté. La Commission a clos sa première séance en nommant une *sous-commission* chargée d'étudier les questions ci-après : 1° Organisation du stage ; 2° Diverses propositions sur l'enseignement clinique (1).

Dans sa séance du 15 décembre, cette sous-commission a d'abord entendu le projet de M. Brouardel. En voici le texte complet :

1° Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années. Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études. Pendant les deux premières années du stage, les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie. Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette 3e année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies nerveuses, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires. 2° Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de 20 dans les services affectés à l'enseignement. 3° Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

4° Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

5° Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années du stage sont : 1° les services de clinique générale de la Faculté de médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux. Les services affectés à l'enseignement pendant la 3e année sont : 1° les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités dans les divers établissements hospitaliers. M. le Directeur de l'Assistance publique désignera, dans les différents hôpitaux, le nombre des services dirigés par des médecins, chirurgiens et accoucheurs qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

6° Les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires adresseront leur demande, avant le 1er octobre, à M. le Directeur de l'Assistance publique. Celui-ci convoquera une commission composée, pour la Faculté de médecine, de quatre membres : le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté ; pour l'Assistance publique, de quatre membres : le Directeur et trois membres du Conseil de surveillance. Le Directeur présidera la Commission. En cas de partage, la voix du Président sera prépondérante. Le Directeur soumettra à la Commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste des demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs. Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage. La Commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible. Cette liste sera adressée à M. le Ministre de l'Instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

7° Cette nomination sera annuelle. Elle pourra être renouvelée. Le professeur fera pendant l'année deux cours semestriels. Il donnera à la fin du cours des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront jointes au dossier de l'élève.

8° Il recevra une indemnité annuelle de 3,000 francs.

9° La répartition des élèves se fera dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la Commission, en prenant pour base l'année du stage et la note du dernier examen. Elle se fera en une ou plusieurs séances, par appel nominal, sous la présidence du doyen de la Faculté ou de son représentant, assisté du Directeur de l'Assistance publique ou de son représentant. Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchement dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre, et pour le reste du temps le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés. Les stagiaires de deuxième année seront de préférence répartis dans les hôpitaux du centre, les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques. Il ne pourra y avoir plus de 20 stagiaires par service. 10° Les élèves internes et externes des hôpitaux qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchement, devront faire un stage dans un de ces services ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin.

11° La Commission étudiera dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, de façon à faciliter cette période du stage, et les études de la cinquième année de médecine, en combinant les heures de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

12° Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres, payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examen de la Faculté ne recevront pas cette autorisation.

La sous-commission, dans ses autres réunions, a discuté parallèlement la question spéciale du stage et la question générale de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux. Nous nous en tiendrons, aujourd'hui, à la discussion de la première question. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a résumé en ces termes son opinion :

« La plupart des chefs de service des hôpitaux veulent avoir des stagiaires ; y a-t-il une nécessité absolue à réduire le nombre des chefs de service à qui seront attribués les stagiaires ? D'autre part, en partant de ce principe que les stagiaires ont été donnés à l'Assistance publique pour lui rendre certains services en retour de la faveur qu'elle leur fait en leur ouvrant ses portes, peut-on, sans inconvénients, les retirer d'un certain nombre d'hôpitaux ? »

Après avoir constaté que la question des stagiaires a été longtemps et est encore une cause de différend entre la Faculté et l'Assistancee, M. Brouardel a ajouté :

« M. le Directeur dit très bien que la Faculté a la responsabilité de l'enseignement médical ; mais, avec l'état des choses actuel, il lui est impossible de le donner, et même de contrôler ce qui est fait. Il demande qu'on lui accorde ce contrôle et cette autorité. C'est sur cette question seulement que surgissent les difficultés... Tout le monde est à peu près d'accord sur la nécessité de réformer le stage... Il est déplorable que la Faculté accorde des diplômes de docteur à des étudiants qui n'ont fait de la clinique que superficiellement, ou même qui n'en ont pas fait. Le système actuel, dans lequel la Faculté est étrangère, ne peut pas être sensiblement amélioré ; c'est une réorganisation qui s'impose. »

M. Horteloup a combattu le projet de M. le Doyen et M. Strauss a déclaré que « la 5e Commission du Conseil municipal lui avait donné le mandat de ne pas adhérer à la proposition de M. Brouardel. » Et ultérieurement il a ajouté : « Adopter la mesure proposée par M. Brouardel c'est jeter les discrédit sur certains services, c'est créer deux catégories de médecins, c'est faire peser sur quelques-uns une présomption d'incapacité. Cette situation est de nature à nuire à la fois aux malades et aux médecins des services non fréquentés. »

La discussion des articles du projet de M. Brouardel n'a pas été moins vive que la discussion générale. Les articles 1, 2, 3, 4, 5 ont été adoptés sans modification. Le § premier de l'article 6 a été adopté avec la date du 15 juin l'article 7 a été modifié ainsi qu'il suit :

Art. 7. — L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans. Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie. Le professeur donnera à la fin du cours des notes sur le travail de chaque élève, ces notes seront transmises par le Directeur de l'Assistance publique au Doyen de la Faculté pour être jointes au dossier de l'élève.

(1) Cette sous-commission était composée de MM. Brouardel, Strauss, Navarre, Horteloup, Millard, Lannelongue, Dubrisay, Rochard et P. Voisin.

Il a été fait à l'article 8 un amendement ainsi formulé : « Aucun frais ne résultera pour l'Assistance publique de cet enseignement. » Au sujet de l'article 9, M. Peyron a demandé la suppression de la première phrase du § 1er, disant qu'il n'avait rien à faire à la Faculté et qu'il ne pouvait assister le doyen à la répartition. L'article a été adopté avec cette rédaction :

Art. 9. — La répartition des Elèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la commission sera établie à la Faculté par son Doyen, en prenant pour base l'année du stage et la note du dernier examen. La liste de répartition sera transmise à M. le Directeur de l'Assistance publique, qui délivrera les cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves, etc.

Les articles 10, 11 et 12 ont été votés ainsi que l'article additionnel suivant :

Art. 13. — La discipline dans l'intérieur de l'hôpital appartient au directeur de l'établissement.

Cette discussion a démontré, de l'aveu même de M. Brouardel, l'entière vérité des critiques adressées par nous et par quelques journaux de médecine, entre autres la *Revue générale de clinique*, à l'enseignement de la Faculté de Paris. Le projet porte à trois années la durée du stage, mais cet article ne reçoit pas encore d'application. Cette mesure est en pratique à la Faculté de Montpellier dont les professeurs de physique, chimie et histoire naturelle *médicales* font faire aux élèves certains exercices pratiques à l'hôpital (p. 372). Le stage, dans l'avenir, sera donc de trois ans ; c'est un progrès par rapport au passé. La moitié des étudiants, « dit M. Brouardel, acquéraient leur titre de docteur sans avoir vu *un seul* accouchement. La Faculté, émue de cet état de choses déplorable (1), voulut que tous ses étudiants eussent au moins vu *trois* accouchements, avant de passer leur doctorat ; c'est pourquoi on les astreignait a un stage d'*un mois*. » Ce stage, que la Faculté imposait dans l'une de ses cliniques obstétricales, aura une durée de *trois mois*, ce qui est plus sérieux, et pourra être fait dans les services d'accouchements ; c'est là une nouvelle et importante amélioration. Un stage analogue existe dans diverses Facultés étrangères (Voir p. 395). Le projet ne spécifie rien en ce qui concerne les autres spécialités, en particulier les maladies mentales. L'intérêt social nous paraît exiger un stage spécial pour l'étude de l'aliénation mentale en raison même de la responsabilité qui incombe de leur fait aux médecins. L'enseignement des stagiaires sera fait non seulement dans les services de clinique générale de la Faculté, mais encore dans des services pris dans les hopitaux généraux ou consacrés aux accouchements et aux spécialités dans les divers établissements hospitaliers.

Les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de l'enseignement des stagiaires seront nommés pour trois ans et recevront de l'État une indemnité de 3.000 francs. On espère par cette mesure organiser l'enseignement propédeutique et faire un enseignement élémentaire pratique qu'on reconnait faire défaut ; si le but poursuivi est atteint, on rendra d'incontestables services aux étudiants en médecine. La discussion du budget du ministère de l'Instruction publique, nous montrera prochainement si l'État est en mesure d'accorder les crédits nécessaires. BOURNEVILLE.

(1) La Faculté a été longue à s'en émouvoir, car ce stage n'existe que depuis l'an dernier. (*Prog. méd.* t. XIII, p. 271, 325, 372.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

Les Cours du Semestre d'Hiver auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 3 novembre 1892.

Semestre d'Hiver.

I. *Cours.* — *Anatomie* : M. FARABEUF. Les centres nerveux, les organes des sens, les nerfs. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie médicale* : M. DIEULAFOY. Maladies de l'appareil respiratoire. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. (Grand Amphithéâtre). — *Chimie médicale* : M. GAUTIER. Chimie minérale appliquée à la médecine (métalloïdes et métaux). Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre). — *Opérations et Appareils* : M. N. . Opérations sur l'abdomen. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. (Grand Amphithéâtre). — *Histologie* : M. Mathias DUVAL. Les tissus conjonctif, cartilagineux et osseux ; le système musculaire ; les épithéliums et les glandes; la peau et ses annexes. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Anatomie pathologique* (fondation Dupuytren) : M. CORNIL. Anatomie pathologique spéciale : Organes génitaux de la femme ; système nerveux. Lundi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). Mercredi, à 2 heures (Ecole pratique). — *Histoire de la Médecine et de la Chirurgie* (fondation Salmon de Champotrau) : M. LABOULBÈNE. Celse et la médecine à Rome; histoire des maladies parasitaires (Suite). Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — *Thérapeutique et matière médicale.* M. HAYEM. Agents physiques; climats ; eaux minérales. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre). — *Physiologie* M. RICHET. Nutrition; système nerveux. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Conférences de Médecine légale* : M. BROUARDEL. Conférences pratiques de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue). — *Pathologie expérimentale et comparée* : M. STRAUS. Biologie générale des microbes ; technique bactériologique ; principaux microbes pathogènes. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures (Amphithéâtre du Laboratoire de pathologie expérimentale, à l'Ecole pratique). — *Pharmacologie* : M. POUCHET. Alcaloïdes, glucosides, anesthésiques (Suite). Mardi, jeudi et samedi, à 2 heures (Petit Amphithéâtre).

II. *Cliniques.* — *Cliniques médicales* : MM. G. SÉE, à l'Hôtel-Dieu, lundi et vendredi, à 10 heures. POTAIN, à la Charité, mardi et samedi, à 10 heures. JACCOUD, à la Pitié, mardi et samedi, à 9 h. 1/2. PETER, à l'hôpital Necker, mercredi et vendredi, à 10 heures. — *Cliniques chirurgicales* : MM. LE FORT, à l'Hotel-Dieu, mercredi et vendredi, à 10 h. DUPLAY, à la Charité, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. LE DENTU, à l'hôpital Necker, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. TILLAUX (NÉLATON, agrégé, chargé de cours provisoirement), à la Pitié, lundi et mercredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale* : M. BALL, à l'asile clinique (Ste-Anne), dimanche et jeudi, à 10 h. — *Clinique des maladies des enfants* : M. GRANCHER, à l'Hôpital des Enfants-Malades, mardi et samedi, à 4 h. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. FOURNIER, à l'hôpital Saint-Louis, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. CHARCOT, à la Salpêtrière, mardi et vendredi, à 10 heures. — *Clinique ophtalmologique* M. PANAS, à l'Hôtel-Dieu, lundi et vendredi, à 9 heures. — *Cliniques d'accouchements* : M. TARNIER, à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas, mardi et samedi, à 9 heures. M. PINARD, à la Clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal, lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures. — *Clinique des maladies des voies urinaires* : M. GUYON, à l'Hôpital Necker, mercredi et samedi, à 9 heures. — Visite des malades tous les matins. — *Professeurs honoraires* : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

III. *Cours complémentaires.* — *Pathologie externe* : M. JALAGUIER, agrégé. Tête et cou, y compris maladies des yeux, des oreilles et du larynx. Lundi, mercredi et vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

IV. *Conférences.* — *Physique* : M. WEISS, agrégé. La méthode graphique ; théorie physique de la vision ; chaleur animale. Mardi, jeudi et samedi, à 11 heures (Petit Amphithéâtre). — *Histoire naturelle* : M. [illegible], agrégé. Animaux vertébrés et invertébrés étudiés au point de vue médical. Lundi, mercredi et vendredi, à 2 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Pathologie mentale et maladies de l'encéphale* : M. BALLET, agrégé. Troubles mentaux dans les affections organiques de l'encéphale. Mardi, jeudi et samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Pathologie interne* : M. CHANTEMESSE, agrégé. Maladies du cœur et des reins. Lundi, mercredi et vendredi, à 6 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Pathologie externe* : M. R[illegible]ARD, agrégé. Maladies chirurgicales des membres inférieurs, des organes urinaires et des organes génitaux de l'homme et de la femme. Mardi, jeudi et samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre). — *Obstétrique* : M. MAY-

GRIER, agrégé. La grossesse ; accouchement normal. Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre). — *Anatomie* (cours du chef des travaux anatomiques) : M. POIRIER, agrégé. Anatomie topographique. Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

V. *Travaux pratiques*. — *Anatomie* : M. POIRIER, agrégé, chef des Travaux anatomiques. Dissection ; démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. Tous les jours, de 1 heure à 4 heures (Ecole pratique). — *Histoire naturelle* : M. FAGUET, chef des Travaux. Exercices pratiques : Zoologie et botanique ; conférences et démonstrations. Lundi, mercredi et vendredi, de 9 heures à 11 heures (Ecole pratique). — *Chimie médicale* : M. HANRIOT, agrégé, chef des Travaux. Manipulations de chimie ; conférences et démonstrations. Mardi, jeudi et samedi, de 8 heures à 10 h. 1/2 (Ecole pratique). — *Physique médicale* : M. WEISS, agrégé, chef des Travaux. Manipulations de physique ; conférences et démonstrations. Lundi, mercredi et vendredi, de 4 heures à 6 heures (Ecole pratique). — *Anatomie pathologique* : M. BRAULT, chef des Travaux. Exercices pratiques d'anatomie pathologique ; conférences et démonstrations. Tous les jours, à 2 heures (Laboratoire des travaux d'anatomie pathologique). — *Histologie* : M. RÉMY, agrégé, chef des Travaux. Exercices pratiques d'histologie ; conférences et démonstrations. Mardi, jeudi et samedi, de 2 h. 1/4 à 4 heures (Ecole pratique). — Des affiches spéciales annonceront l'ouverture des Cours et des Travaux pratiques.

VI. *Division des Etudes*. — *Première année* : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale, histologie. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : chimie, physique, histoire naturelle et histologie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : chimie, physique, histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : anatomie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Troisième année : Anatomie, histologie, physiologie, anatomie et histologie pathologiques, pathologie interne, pathologie externe, opérations et appareils, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Quatrième année : Pathologie interne, pathologie externe, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale, opérations et appareils, hygiène, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, accouchements et maladies des femmes, médecine légale, histoire de la médecine et de la chirurgie, cliniques médicale et chirurgicale, clinique obstétricale, cliniques spéciales. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie pathologique. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

VII. — *Renseignements*. — Le *Musée Orfila* et le *Musée Dupuytren* sont ouverts aux élèves tous les jours, de 1 heure à 4 heures. — La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 6 heures de l'après-midi et tous les soirs, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2.

Semestre d'Été.

Voici la liste des professeurs qui font leurs cours pendant le semestre d'été : M. BOUCHARD (*pathologie et thérapeutique générales*) ; — M. DEBOVE (*pathologie médicale*) ; — GARIEL (*physique médicale*) ; — M. PROUST (*hygiène*) ; — LANNELONGUE (*pathologie externe*) ; — M. BAILLON (*histoire naturelle médicale*) ; — M. BROUARDEL (*médecine légale*).

Agrégés en exercice.

1re SECTION. — *Sciences anatomiques et physiologiques* : MM. Quénu, Retterer, Gley et Sébileau.

2e SECTION. — *Sciences physiques et naturelles*. — *Physique* : M. Weiss. — *Chimie* : MM. Fauconnier et André. — *Pharmacologie* : M. Villejean. — *Histoire naturelle* : M. Heim.

3e SECTION. — *Médecine proprement dite et Médecine légale* : MM. Brissaud, Ballet, Déjerine, Chauffard, Chantemesse, Marie, Gilbert, Letulle, Netter, Charrin, Gaucher, Roger, Marfan et Ménétrier.

4e SECTION. — *Chirurgie et accouchements*. — *Chirurgie* : MM. Schwartz, Jalaguier, Brun, Nélaton, Tuffier, Ricard, Lejars, Delbet et Albarran. — *Accouchements* : MM. Maygrier, Bar et Varnier.

Travaux pratiques et Stage.

A. — Les travaux pratiques, aux termes du décret du 20 juin 1878, sont *obligatoires* pour tous les élèves de 1re année, de 2e année, de 3e année et de 4e année. Ils sont également obligatoires pour les *officiers de santé*. Les droits à payer sont ainsi fixés (Déc. du 20 juin 1878, art. 8) : Elèves de 1re année, 60 fr. — Elèves de 2e année, 40 fr. — Elèves de 3e année, 40 fr. — Elèves de 4e année, 20 fr.

Les travaux pratiques sont facultatifs pour les élèves qui ont 16 inscriptions. Le décret du 14 octobre 1879 détermine les conditions que ces élèves ont à remplir pour pouvoir prendre part à ces travaux. Ce décret porte : « Art. 2. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions pourront, sur leur demande écrite, être admis par le Doyen à prendre part de nouveau à telle ou telle série d'exercices pratiques, moyennant le paiement d'un droit fixe de 40 fr. par année scolaire, déterminé par le décret du 31 décembre 1864, pour les frais matériels des exercices facultatifs ; ce droit est payable en un seul terme. » Conformément aux dispositions qui précèdent, les étudiants qui possèdent actuellement 16 inscriptions et qui désirent prendre part aux travaux pratiques doivent adresser au Doyen une demande qu'ils déposeront au secrétariat de la Faculté. Dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire, ils devront verser à la caisse du préposé aux droits universitaires la somme de 40 fr., stipulée plus haut, plus 0 fr. 25 pour le timbre de la quittance. Il leur sera délivré : 1° une quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits ; — 2° une carte d'admission aux exercices pratiques.

Les docteurs français et les étrangers qui désireraient être admis à prendre part aux travaux pratiques devront remplir les mêmes formalités que celles qui sont imposées aux étudiants ayant 16 inscriptions.

Les aspirants à l'*Officiat* sont assimilés aux étudiants pour le doctorat. Les travaux pratiques sont obligatoires.

Les travaux pratiques, comme nous l'avons dit plus haut, sont *obligatoires* pour les élèves des 4 années d'études et *nul ne peut prendre d'inscription trimestrielle* s'il ne produit un *certificat d'assiduité* délivré par le chef des travaux. — Voici, pour chaque année, les exercices (travaux pratiques et stage) que les étudiants (docteurs ou officiers de santé) sont obligés de suivre :

Première année : Manipulations de physique et de chimie ; exercices d'histoire naturelle ; exercices, démonstrations d'histologie. — *Deuxième année* : Exercices de dissection et démonstrations d'histologie et de physiologie. — *Troisième année* : Comme en seconde année. Les travaux pratiques d'histologie sont facultatifs pour les élèves de 3e année. — *Quatrième année* : Exercices de médecine opératoire et d'anatomie pathologique.

Les travaux pratiques de première année : Physique, chimie, histoire naturelle, durent toute l'année ; ceux d'histologie ont lieu pendant le semestre d'hiver. En deuxième et troisième années, les exercices de dissection ont lieu en hiver : l'admission à ces exercices n'est prononcée qu'après un examen satisfaisant sur l'ostéologie. Les exercices d'histologie sont annuels. Les démonstrations de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été. En quatrième année, les exercices d'anatomie pathologique sont annuels ; ceux de médecine opératoire sont semestriels et commencent le 16 mars.

Travaux pratiques.

a) *Physique, chimie, histoire naturelle*. — Les travaux pratiques de *physique*, de *chimie* et d'*histoire naturelle* commenceront à partir du lundi 7 novembre 1892. Ils auront lieu, pendant le 1er semestre 1892-93, aux jours et heures ci-après désignés, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine : 1° *physique* : lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 6 heures du soir. — 2° *chimie* : mardi, jeudi, samedi, de 8 à 10 heures et demie du matin. — 3° *histoire naturelle* : lundi, mercredi, vendredi, de 9 à 11 heures du matin. Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les Etudiants.

b) *Histologie* (1re année), sous la direction de M. RÉMY, agrégé, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'histologie sont *obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de première année*. Ils auront lieu les mardi, jeudi et samedi, de 2 heures 1/4 à 4 heures, au laboratoire des travaux pratiques d'histologie (Ecole pratique) à partir du samedi 12 novembre 1892. Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les Etudiants.

c) *Travaux pratiques d'Anatomie pathologique*, sous la direction de M. le Dr BRAULT, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 7 novembre 1892. MM. les Etudiants pourvus de 12 inscriptions régulières (la 12e ayant été prise en juillet 1892), sont priés de se faire inscrire, pour lesdits travaux, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, à partir du lundi 17 octobre 1892, jusqu'au samedi 26 novembre inclus, et de midi à 3 heures. — Ils peuvent demander leur inscription par écrit. Des lettres de convocation leur seront adressées à domicile. Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

d) *Exercices de dissection*, sous la direction de M. P. POIRIER, agrégé, chef des travaux anatomiques. — 1. *Ostéologie* : Les Elèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer,

subir l'examen d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai au Bureau du chef du matériel (à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), de midi à 3 heures. Les démonstrations d'Ostéologie ont commencé le lundi 17 octobre. — II. *Dissection:* Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du lundi 7 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures. Les Prosecteurs, chefs de pavillon, et les Aides d'Anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon. *a)* Les Etudiants de 1re année ne prennent point part aux travaux anatomiques. *b)* Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les Etudiants de 2e et de 3e années : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le 2e examen de doctorat (Anatomie) s'ils n'ont disséqué 2 semestres d'hiver complets. c) Pour les autres Etudiants et les Docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du Doyen. La mise en série sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, 2e et 3e années (suivant la date de la prise de l'inscription trimestrielle (5e ou 9e), 2° Elèves non obligés et docteurs. L'entrée des pavillons de dissection est interdite à tout étudiant qui n'aurait pas été régulièrement convoqué, ou qui n'aurait pas acquitté les droits afférents à l'inscription trimestrielle. Les lettres de convocation seront adressées au domicile des élèves.

Personnel des travaux pratiques.

Chimie. — *Chef des travaux* : M. Hanriot, agrégé. — *Préparateur* : M. Grolous; — *Préparateurs adjoints* : MM. Bouvcault, de Person, Cambier et Brochet.

Physique. — *Chef des travaux* : M. Weiss, agrégé. — *Préparateurs* : MM. Sandoz et Mergier.

Histoire naturelle. — *Chef des travaux* : M. Faguet. — *Préparateurs* : MM. Artault, Meurisse et Gastinel. — *Préparateur-stagiaire*: M. Duclos.

Histologie. — *Chef des travaux* : M. A. Rémy, agrégé. — *Préparateurs* : MM. Launois et Chatellier. — *Aides* : MM. Girode, Pilliet, Morau, Martin-Dürr, Raoult, Thérèse, Aublé, Benoit, Vincent, Maugery et Belland.

Anatomie. — *Chef des travaux* : M. Poirier. — *Prosecteurs*: MM. Rieffel, Regnauld, Jonnesco, Chevalier, Mauclaire et Morestin. — *Aides d'anatomie titulaires* : MM. Guillemain, Jacob, Arrou, Lafourcade, Blaise, Cestan, Genouville, Souligoux, Baillet, Delbet, Glantenay, Walch, Bonglé et Wassilieff; M. Braquehaye, délégué dans les fonctions. — *Chef du matériel*: M. Delahousse.

Physiologie. — *Chef des travaux* : M. Laborde. — Laboratoire de M. le Pr Richet, Charles ; M. Langlois, chef de laboratoire ; M. Héricourt, chef adjoint.— *Travaux pratiques*: M. Rondeau, chef adjoint; M. Malbec, préparateur.

Anatomie pathologique. — *Chef des travaux*: M. Brault. — Laboratoire de M. le professeur Cornil : M. Chantemesse, chef de laboratoire ; M. Toupet, preparateur. — *Travaux pratiques*: *Préparateur*, M. Widal ; *Moniteurs* : MM. Parmentier, Nicolle, Legry et Critzman.

B.—Le *Stage Hospitalier* imposé commence en novembre, à partir de la neuvième inscription ; il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Chaque année de stage, déduction faite des deux mois de vacances, est de dix mois de service dans un hopital. Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : *Premier trimestre*: Novembre et décembre, 56 jours. — *Deuxième trimestre*: Janvier, février et mars, 86 jours. — *Troisième trimestre*: Avril, mai et juin, 86 jours. — *Quatrième trimestre*: Juillet et octobre, 56 jours.

Les inscriptions pour le stage sont reçues à l'Administration générale de l'Assistance publique, sur le vu d'un certificat de scolarité délivré par la Faculté, ou encore sur la présentation du relevé des inscriptions. En pratique, les certificats d'assiduité aux travaux pratiques sont directement adressés à l'administration de la Faculté, par les chefs des travaux ; les certificats de stage sont fournis directement aussi par l'Administration générale de l'Assistance publique. MM. les internes et externes sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier, dans les conditions indiquées aux affiches trimestrielles.

Inscriptions. Formalités à remplir.

I. *Inscription des élèves nouveaux.* — L'inscription des élèves nouveaux a lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, depuis le 15 octobre jusqu'au 15 novembre inclus. Le dossier scolaire de ces Elèves sera constitué conformément aux règles établies ci-dessous (articles 3 et 23 du décret en date du 30 juillet 1883). Il leur sera délivré une feuille d'inscriptions, une carte d'Etudiant, ainsi qu'un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription et retirer le bulletin de versement des droits à payer à la caisse du receveur des Droits universitaires.

II. *Dispositions générales relatives aux inscriptions* (Extrait du décret en date du 30 juillet 1883 fixant le régime des Cours dans les Facultés).

Art. 1er. — Un règlement préparé par la Faculté et approuvé par le Recteur fixe le délai pendant lequel reste ouvert le registre d'inscriptions à chaque trimestre. Les bacheliers reçus à la session de novembre, et les étudiants qui n'ont passé qu'en novembre les examens correspondant aux quatrième, huitième et douzième inscriptions, et les engagés conditionnels d'un an libérés à cette époque, sont admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. Il leur est accordé, à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours. Le registre est clos par le Doyen et visé par le Recteur de l'Académie ou par son délégué.

Art. 2. — La première inscription doit être prise au commencement de l'année scolaire. L'Etudiant ne peut, en aucun cas, faire prendre ses inscriptions par un mandataire. En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre une inscription après la clôture du registre. Pour des motifs graves, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières inscriptions avant le 15 janvier. Il n'est donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la Faculté ou Ecole après le 1er janvier. En aucun cas, l'Etudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

Art. 3. — Tout Etudiant qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de déposer : 1° Son acte de naissance; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur. Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou tuteur. (La signature doit être légalisée.) 3° Les diplômes exigés par les règlements. Les aspirants au doctorat doivent produire les diplômes suivants (Décret du 20 juin 1878) : 1° Baccalauréat ès lettres ; 2° Baccalauréat ès sciences (complet ou restreint, ou de l'enseignement secondaire spécial). Les aspirants à l'Officiat doivent (Décret du 30 juillet 1886), à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études spécial délivré par le Recteur. Les candidats qui auront obtenu avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat d'examen de grammaire, complété par l'examen scientifique portant sur les éléments de Physique, de Chimie et d'Histoire naturelle, conformément au programme de l'enseignement secondaire spécial, pourront prendre leur première inscription sans produire le certificat d'études spéciales délivré par le Recteur et institué par le décret du 30 juillet 1886.

Art. 4. — L'Etudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration de résidence peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté.

Art. 6. — Tout Etudiant, convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre, encourt la perte d'une à quatre inscriptions ; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine, l'Etudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit. La peine, dans ces différents cas, est prononcée sans recours par la Faculté à laquelle appartient l'Etudiant.

Art. 23. — Le dossier de l'élève d'un établissement d'enseignement supérieur qui veut passer d'une Faculté dans une autre, ou dans une Ecole, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis, doit contenir : 1° Son acte de naissance ; 2° Un certificat de scolarité, délivré par le Doyen ou le Directeur de l'Ecole et visé par le Recteur ; ce certificat mentionne en particulier la situation scolaire : inscriptions, examens, notes, ajournements, stage, travaux pratiques, etc. Ce dossier est transmis par les soins du Recteur. En cas de refus du Doyen ou du Directeur de délivrer le certificat, le Ministre statue après enquête.

Art. 27. — Tout Etudiant qui, sans motif jugé valable par la Faculté, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. La décision est prononcée, sans appel, par la Faculté. Les inscriptions d'officiers de santé ne seront, en aucun cas, converties en inscriptions de Doctorat pour les élèves en cours d'études ; cette conversion pourra être autorisée en faveur des Officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins. (Décret du 20 juin 1878.)

1er trimestre de l'année scolaire 1892-93.

Inscriptions, consignations et travaux pratiques.

I. — *Inscriptions.* —Le registre d'inscriptions a été ouvert le jeudi 13 octobre. Il sera clos le samedi 19 novembre, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première, de deuxième et de troisième années de doctorat ; de première et de deuxième

années d'officiat, les jeudi 13, vendredi 14, samedi 15, mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21, samedi 22, mercredi 26, jeudi 27, vendredi 28, samedi 29 octobre, et les jeudi 3, vendredi 4, samedi 5, mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11, samedi 12 novembre. 2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18 et samedi 19 novembre. MM. les Etudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les Etudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 4e année de doctorat et de 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 15 novembre 1892.

Avis spécial à MM. les Internes et Externes des Hôpitaux. — MM. les Etudiants, Internes et Externes des Hopitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 4e trimestre 1891-1892. Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'Etablissement hospitalier auquel l'Etudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux Internes et Externes des Hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. — *Consignations pour Examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les Examens seront délivrés, à partir du 10 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures. En ce qui concerne le 1er examen de Doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 10 et le mardi 11 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet. Les consignations pour examens de fin d'année (officiat) ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet 1892.

III. — *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les Etudiants aspirant au Doctorat ou à l'Officiat. Ils sont facultatifs pour les Etudiants ayant 16 inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen sur leur demande écrite : 1° Les Etudiants ayant 16 inscriptions ; 2° Les Docteurs français ; 3° Les Docteurs et Etudiants en médecine étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 fr., payables en une fois. Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.

IV. — *Cartes d'Etudiants.* — Les cartes d'Etudiants, pour l'année scolaire 1892-1893, seront délivrées au Secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et consignations.

Liste des Prix de la Faculté de Médecine

PRIX CORVISART. — Tous les élèves de la Faculté sont appelés à concourir aux prix d'encouragement fondés par M. le professeur Corvisart. Les élèves qui désireront concourir pour ces prix devront, au commencement de chaque année, se faire inscrire à cet effet dans l'une des cliniques internes (1). Le professeur désignera un ou plusieurs numéros de lits, et l'élève devra recueillir les observations de tous les malades qui y sont successivement admis. Une question de médecine pratique sera, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes (1); les élèves devront en chercher la solution exclusivement dans des faits qui se passeront sous leurs yeux dans les salles de la clinique.

Le 31 août 1891 au plus tard, chacun des concurrents a dû remettre au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies aux numéros des lits qui lui ont été désignés ; 2° la réponse à la question proposée. Un jury, dont les professeurs de cliniques feront nécessairement partie, et chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir des médailles. Le résultat du concours est immédiatement transmis au Ministre de l'Instruction publique. Les prix consistent en médailles de vermeil, accompagnées d'une somme réglée comme il suit : Lorsqu'il y a un seul lauréat, l'étudiant reçoit une médaille de vermeil et une somme de 400 francs. Lorsqu'il y a deux lauréats, chacun des étudiants reçoit une médaille de vermeil et une somme de 200 fr.

Concours de 1891. — La question proposée est : *Du diagnostic de la pleurésie et de la pneumonie aiguë.* Les mémoires ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté le 31 août 1891, à 4 h., dernier délai, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

PRIX MONTYON. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 fr. payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

PRIX BARBIER. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 fr. à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

PRIX CHATEAUVILLARD. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). — Ils sont reçus au Secrétariat de la Faculté, du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication. Les ouvrages portant le millésime de l'année même du concours seront déposés avant le 1er janvier.

LEGS DU BARON DE TRÉMONT. — M. Joseph Girold de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs, au nom de la Faculté. Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 1er juillet de chaque année, au Secrétariat de la Faculté. Ils devront produire : 1° une demande ; 2° toutes les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

PRIX LACAZE. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé, *tous les deux ans*, au meilleur ouvrage sur la *phtisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Ce prix ne peut être partagé. La Commission, chargée de décerner ce prix, se réunit au mois de novembre. A la fin de l'année 1892, il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrage sur la *phtisie*.

LEGS JEUNESSE. — M. Jeunesse (Antony-Jean Charles), par un testament en date du 29 février 1877, a légué à la Faculté de médecine de Paris : 1° une somme de 1,000 fr. pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène; 2° une somme de 750 fr. pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'histologie. En 1891, les deux prix seront décernés. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

LEGS BARKOW. — Mme de Barkow, née Guilbert, par un testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu actuel est de 3,000 fr. ; il est affecté à l'entretien des bourses dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris. Pour participer à ce legs, les candidats devront en faire la demande avant le 1er juillet : cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

THÈSES RÉCOMPENSÉES. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire, désigne à M. le Ministre celles qui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable). Sont seules admises au concours les thèses ayant obtenu les notes *extrêmement satisfait* et *très satisfait*.

Bourses de Doctorat en médecine.

A. — BOURSES DE L'ETAT. — *Arrêté du Ministre de l'Instruction publique concernant le mode de concession des bourses du doctorat en médecine* (14 novembre 1879). ARRÊTE :

Art. 1er. — Les bourses de doctorat en médecine sont données

(1) Cliniques médicales, des maladies mentales, des maladies des enfants, des maladies syphilitiques et cutanées, des maladies du système nerveux.

au concours pour une année. Le concours a lieu au siège des Facultés.

Art. 2. — Le concours comprend deux épreuves : une épreuve écrite ; — une épreuve orale. Trois heures au plus sont accordées pour l'épreuve écrite. L'épreuve orale ne peut durer plus d'un quart d'heure pour chaque candidat. Le mérite de chacune des épreuves, écrite et orale, sera exprimé en chiffres de 0 à 20.

Art. 3. — Les candidats s'inscrivent au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit au plus. Ils désignent en s'inscrivant la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, et joignent à cette déclaration les pièces énumérées dans l'article 2 du Règlement du 5 novembre 1877.

(Ces pièces sont : 1° leur acte de naissance ; 2° leurs diplômes dans les sciences et dans les lettres ; 3° une note revêtue de leur signature et indiquant la profession de leur père, la demeure de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis leur sortie des dits établissements ; 4° un certificat du chef ou des chefs des dits établissements constatant, avec une appréciation du caractère et de l'aptitude du candidat, l'indication des succès qu'il a obtenus dans le cours de ses classes, et des renseignements sur la situation de fortune de sa famille.)

Art. 4. — Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *Bien*, pourront obtenir une bourse de première année.

Art. 5. — Sont admis à concourir : 1° Les candidats qui ont subi avec la note *Bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales. 2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* le premier examen probatoire, et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie. 3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* la première partie du second examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie. 4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* la deuxième partie du second examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et la pathologie externe.

Art. 6. — Les étudiants justifiant des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, et qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, seront admis à concourir, s'ils ont obtenu la note *Bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité.

Art. 7. — Le concours a lieu annuellement dans la dernière semaine du mois d'octobre.

Art. 8. — Les membres du Jury sont désignés, sur la proposition des Facultés, par le Ministre, qui détermine également les sujets des compositions écrites.

Art. 9. — Immédiatement après la clôture du concours, le Recteur transmet au Ministre les propositions de la Faculté, en y joignant les compositions des candidats, les procès-verbaux où sont indiquées les notes données à l'examen oral et le classement des compositions de l'épreuve écrite. Cet envoi sera complété par les pièces justificatives mentionnées à l'article 3. Ces documents sont soumis à l'examen du Comité consultatif de l'Enseignement public, qui dresse une liste générale des candidats par ordre de mérite.

Art. 10. — Conformément aux dispositions de l'article 1er du présent arrêté, tout boursier qui voudra obtenir une nouvelle bourse devra subir les épreuves du concours correspondant à l'année d'étude dans laquelle il doit entrer. Chaque boursier sera l'objet d'un rapport spécial sur son assiduité aux cours et aux exercices pratiques.

Art. 11. — Les arrêtés des 5 novembre 1877 et 29 juin 1878 sont et demeurent abrogés en ce qui concerne les bourses de doctorat en médecine.

Les candidats pourvus de 8 inscriptions doivent justifier de leur assiduité aux exercices pratiques. Les élèves du service de santé militaire peuvent obtenir des bourses, mais seulement jusqu'au moment où l'administration de la guerre leur alloue une indemnité, c'est-à-dire pendant les trois premières années de leurs études. Ils doivent être exclus du concours, s'ils ont douze inscriptions. Les étudiants pourvus de 16 inscriptions sont également susceptibles d'être nommés boursiers durant les deux années qui suivent la 16e inscription. Mais, pour pouvoir prendre part au concours en vue d'une seconde année de bourse, il faut qu'ils aient fait acte de scolarité, c'est-à-dire qu'ils aient subi un examen probatoire avec la note *Bien*. En conséquence, les étudiants qui, pourvus de 16 inscriptions, ont obtenu une bourse pour 1890-91, ne pourront subir les épreuves du concours du mois d'octobre prochain qu'autant qu'ils justifieront avoir passé un examen, et dans les conditions déterminées par le règlement (arrêté du 19 septembre 1887).

N. B. Le montant de la bourse est de 1,200 francs, payable par douzièmes à la caisse de la Faculté.

B. — Bourses municipales de médecine. — *Arrêté du Préfet de la Seine portant règlement pour l'attribution des bourses allouées à la Faculté de médecine de Paris.* — Le Préfet de la Seine, Vu la délibération en date du 28 décembre 1887, par laquelle le Conseil municipal de Paris a voté un règlement fixant le mode d'emploi des subventions allouées par la ville de Paris aux Facultés de droit et de médecine, et à l'Ecole supérieure de pharmacie de cette ville ; Vu le règlement adopté par le Conseil municipal de Paris en date du 1er août 1884 et approuvé par arrêté préfectoral en date du 17 septembre suivant, pour la répartition des bourses municipales fondées à la Faculté de droit ; Vu les lois du 18 juillet 1837 et du 24 juillet 1867 ; Vu le décret du 25 mars 1852 ; Sur le rapport de l'inspecteur d'académie, directeur de l'enseignement primaire du département de la Seine, arrête : *Art.* 1er. Est approuvée la délibération susvisée du Conseil municipal de Paris en date du 28 décembre 1887. — *Art.* 2. En conséquence, est adopté le règlement dont le texte suit pour l'emploi de la subvention allouée par la Ville de Paris à la Faculté de médecine, et à l'Ecole supérieure de pharmacie.

Règlement. — *Art.* 1. Une subvention municipale de 6.000 fr., renouvelable chaque année, est accordée à la Faculté de médecine de Paris. — *Art.* 2. Cette subvention est applicable : 1° Principalement à la fondation de bourses d'études de douze cents francs chacune ; 2° Exceptionnellement à la fondation de bourses de voyages à l'étranger, dont le montant est fixé dans chaque cas particulier par décision spéciale du Conseil municipal. — *Art.* 3. Ces bourses ne peuvent être accordées qu'aux élèves nés soit à Paris, soit au moins dans le département de la Seine, ou dont les parents y sont domiciliés depuis cinq ans au moins. A égalité de titres, elles sont attribuées de préférence au candidat dont la famille y est domiciliée depuis plus longtemps.

I. Bourses d'études. — *Art.* 4. Elles ont pour objet de venir en aide aux jeunes gens qui n'ont pas les ressources nécessaires pour développer leur instruction. Elles sont réservées, en principe, à des élèves ayant suivi les cours de la Faculté depuis un an au moins et ayant obtenu des notes satisfaisantes aux examens de l'année précédente ; exceptionnellement, une fraction de bourse pourra être accordée à des élèves de 1re année. Les bourses ou fractions de bourses sont accordées pour un an, par le Conseil municipal, sur la proposition de la Faculté, après avis du Préfet. Elles pourront être renouvelées. — *Art.* 5. Le montant des bourses est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet au bénéficiaire par fraction d'un quart, au début de chaque trimestre de l'année scolaire ; cependant, en ce qui concerne le premier trimestre de l'année scolaire, en raison de la date de réouverture des cours et des délais nécessités par l'instruction des demandes, la fraction correspondante peut être payée à l'expiration de ce trimestre, en même temps que celle du deuxième trimestre.

II. Bourses de voyage. — *Art.* 6. Les bourses de voyage se divisent en bourses de voyage d'études, accordées aux aspirants au doctorat et en bourses de voyage de recherches, accordées, sur le vu d'un programme, aux docteurs reçus depuis moins de quatre ans. Les unes et les autres sont accordées sur la proposition de la Faculté et sur l'avis du Préfet de la Seine par le Conseil municipal, qui en fixe le montant. — *Art.* 7. Au retour de leur voyage, les titulaires d'une bourse de voyage de recherches doivent consigner dans un rapport les résultats de leurs études sur les matières du programme arrêté par le Conseil municipal. Les titulaires de bourses de voyage d'études devront également adresser un rapport sur leurs travaux. Ces rapports seront transmis au Conseil municipal avec les observations de la Faculté. — *Art.* 8. Le montant des bourses de voyage est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet, en une seule fois, au bénéficiaire au moment de son départ.

III. Instruction des demandes. — *Art.* 9. Les demandes de bourses seront déposées par les candidats au secrétariat de la Faculté avant le 15 nov. Elles doivent être transmises, avant le 15 décembre, à M. le Préfet de la Seine qui les soumet, avec son avis, au Conseil municipal. — *Art.* 10. Toutes les demandes déposées doivent être transmises chacune accompagnée d'un avis spécial. La Faculté propose tous les candidats qui lui paraissent dignes d'une bourse ; elle indique pour eux ses préférences. — *Art.* 11. A la liste de présentation sont joints les dossiers des candidats. Chacun de ces dossiers comprend nécessairement les notes, renseignements, indication des travaux précédemment exécutés par les élèves, etc., de nature à éclairer le Conseil sur la situation de fortune et le mérite des candidats. En ce qui concerne les bourses de voyage de recherches, les dossiers des candidats doivent contenir, en outre, les programmes rédigés par les élèves et dont il est question à l'art. 6 ci-dessus. — *Art.* 12. Le Conseil municipal, sur le vu des propositions et

des justifications qui lui sont soumises, dresse la liste des élèves auxquels est accordée une bourse d'étude, décide s'il y a lieu d'accorder des bourses de voyage, et fixe, dans ce cas, le montant de la somme affectée aux dites bourses et les élèves qui doivent en bénéficier. — *Art.* 13. Aucune bourse ne peut être accordée au nom de la Faculté de droit, de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie en dehors des propositions de la Faculté ou Ecole. — *Art.* 14. Le Secrétaire général de la Préfecture et l'inspecteur d'académie, directeur de l'enseignement primaire de la Seine, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Formalités à remplir pour obtenir le grade de Docteur en médecine.

§ 1. — *Inscriptions.* — *Tout étudiant qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de déposer :* 1° Son acte de naissance ; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur : ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur; 3° Certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté ; 4° Les diplômes exigés par les règlements. Ces diplômes sont les suivants :

I. Ancien mode. — Baccalauréat ès lettres ; Baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique. Ce dernier baccalauréat peut être remplacé par le baccalauréat ès sciences complet, ou par le baccalauréat de l'enseignement secondaire spécial.

II. Nouveau mode. — Baccalauréat de l'enseignement secondaire classique avec la mention : Lettres-Philosophie, et transitoirement. baccalauréat ès sciences restreint. Ce dernier baccalauréat peut être remplacé comme il est dit ci-dessus.

Il est également tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire par écrit une nouvelle déclaration, soit au doyen, soit au secrétaire. Toute fausse déclaration peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions.

Le nombre des inscriptions pour le doctorat est de seize, représentant les quatre années d'études exigées. Ces inscriptions sont prises une à une tous les trois mois, pendant la première quinzaine de chaque trimestre. Les dates précises sont annoncées par voie d'affiches ; elles sont également publiées dans les journaux médicaux et les principaux journaux politiques. La première inscription est prise fin octobre et dans les premiers jours de novembre ; la seconde en janvier, la troisième en avril, la quatrième en juillet, la cinquième en octobre ou novembre, et ainsi de suite.

Les bacheliers reçus à la session de novembre et *les engagés conditionnels d'un an* libérés à cette époque sont admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération : il leur est accordé, à cet effet, après leur libération ou leur réception, *un délai qui ne peut dépasser huit jours.*

En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre une inscription après la clôture du registre. Pour des motifs graves, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières inscriptions avant le 15 janvier. *Il n'est donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la Faculté après le 1er janvier.*

En aucun cas, l'étudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée. L'étudiant ne peut faire prendre ses inscriptions par mandataire ; aucune exception n'est admise.

Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre encourt la perte d'une à quatre inscriptions ; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit.

Quand, pour un motif grave, un étudiant n'a pu prendre ses inscriptions aux époques réglementaires, il peut être autorisé à les prendre rétroactivement. A cet effet, il adresse une demande motivée au doyen qui, selon le cas, la soumet au Conseil de la Faculté ou la transmet, avec son avis, et celui de la Faculté, à l'autorité supérieure.

Des inscriptions cumulatives peuvent être accordées, dans les mêmes conditions que les inscriptions rétroactives : 1° Aux élèves licenciés ès sciences ; 2° Aux docteurs ou étudiants étrangers.

Les élèves licenciés ès sciences obtiennent ordinairement la concession des quatre premières inscriptions ; mais ils sont obligés de subir le premier examen de doctorat.

Les docteurs ou étudiants étrangers qui justifient de diplômes ou de certificats délivrés par les Facultés de leur pays, peuvent obtenir l'équivalence aux diplômes français du baccalauréat et la concession cumulative de quatre, huit, douze ou seize inscriptions, suivant la nature et la durée des études médicales faites dans leur pays.

La dispense des examens correspondants aux inscriptions concédées n'est point accordée. Les certificats produits à l'appui des demandes faites par les docteurs ou étudiants étrangers doivent être traduits en français et dûment légalisés.

Des inscriptions cumulatives peuvent être également concédées sur la présentation de grades universitaires autres que la licence ès sciences, mais dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. Les inscriptions ordinaires ne sont délivrées qu'après accomplissement des travaux pratiques et du stage hospitalier médical. *Les travaux pratiques sont obligatoires.* — En voici l'énumération :

1re année. Manipulations de physique ;
— de chimie ;
Exercices d'histoire naturelle ;
Exercices et démonstrations d'histologie ;
2e — Exercices de dissection ;
— et démonstrations d'histologie ;
— — de physiologie ;
3e — Comme en seconde année. (Les exercices d'histologie sont facultatifs).
4e — Exercices de médecine opératoire ;
— d'anatomie pathologique.

Les travaux pratiques de première année durent toute l'année.

En deuxième et troisième années, les exercices de dissection ont lieu en hiver : l'admission à ces exercices n'est prononcée qu'après un examen satisfaisant sur l'ostéologie. Les exercices d'histologie sont annuels. (Le semestre d'hiver est consacré aux élèves de première année ; celui d'été à ceux de deuxième année). Les démonstrations de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été.

En quatrième année, les exercices d'anatomie pathologique sont annuels ; ceux de médecine opératoire sont semestriels et commencent le 16 mars.

Le stage hospitalier imposé commence en novembre, à partir de la neuvième inscription ; *il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription.* Chaque année de stage, déduction faite des deux mois de vacances, est de dix mois de service dans un hôpital. Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé :

1er trimestre,	novembre et décembre,	56 jours.
2e —	janvier, février et mars,	86 —
3e —	avril, mai et juin,	86 —
4e —	juillet à octobre.	56 —

Les inscriptions pour le stage sont reçues à l'Administration générale de l'Assistance publique, sur le vu d'un certificat de scolarité délivré par la Faculté, ou encore sur la présentation du relevé des inscriptions. En pratique, les certificats d'assiduité aux travaux pratiques sont directement adressés à l'administration de la Faculté, par les chefs des travaux ; les certificats de stage sont fournis directement aussi par l'Administration générale de l'Assistance publique.

MM. les internes et externes sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier, dans les conditions indiquées aux affiches trimestrielles.

Après la seizième inscription, chaque étudiant en médecine est tenu de faire un stage dans une des cliniques obstétricales de la Faculté. 1° Les élèves ayant subi la première partie du troisième examen sont admis à se faire inscrire, en vue du stage obstétrical, au secrétariat de la Faculté (Guichet n° 2), tous les jours, de midi à 3 heures. Ils sont ensuite convoqués par lettre spéciale. 2° Ces élèves doivent assister à la visite pendant un mois. Trois fois par semaine, par série de garde, ils séjournent à la clinique, de 9 heures du matin à 10 heures du soir. 3° L'appel nominal est fait tous les matins, dans chaque service, à 9 heures, par le professeur ou par le chef de clinique. 4° Les stagiaires de garde ne peuvent s'absenter dans la journée sans une autorisation spéciale du professeur ou du chef de clinique ; mais, à l'heure du repas, ces élèves ont droit à une sortie de une heure pour le déjeuner et de une heure pour le diner. 5° Les internes des hopitaux sont admis à faire leur stage obstetrical à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin. En s'inscrivant a la Faculté, ils doivent faire connaitre leur intention à ce sujet.

Les étudiants qui auront été internes dans les services des accouchements des hôpitaux, sont seuls dispensés du stage obstétrical. En consignant pour la première partie du cinquième examen, ils produiront un certificat signé de leur chef de service accoucheur des hopitaux.

Tout étudiant, qui, sans motifs jugés valables par la Faculté ou Ecole, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès.

Dans tous les cas, le bénéfice des examens subis avec succès

reste acquis. Le temps passé sous les drapeaux, dans l'armée active, n'est pas compté dans les délais entraînant la péremption. Une ou plusieurs inscriptions peuvent être également perdues par application de peines disciplinaires.

§ 2. — *Examens.* — Les étudiants en vue du diplome de docteur en médecine ont à subir cinq examens et à soutenir une thèse. Les deuxième, troisième et cinquième examens sont divisés en deux parties. Les cinq examens portent sur les objets suivants :

Premier examen. — Physique, chimie et histoire naturelle médicales.

Deuxième examen.— 1re partie : Epreuve pratique de dissection (éliminatoire) ; Anatomie et histologie (épreuve orale). — 2e partie : Physiologie (épreuve orale).

Troisième examen. — 1re partie : Epreuve pratique de médecine opératoire (éliminatoire) ; Pathologie externe, accouchements, médecine opératoire (épreuve orale). — 2e partie : Pathologie interne, pathologie générale.

Quatrième examen. — Hygiène, médecine légale, thérapeutique, matière médicale et pharmacologie.

Cinquième examen. — 1re partie : La première partie du 5e examen de doctorat se compose : 1° d'une épreuve de clinique chirurgicale, subie dans une des cliniques chirurgicales de la Faculté ; 2° d'une épreuve de clinique obstétricale, subie dans une des cliniques obstétricales de la Faculté ; (Chacune de ces épreuves est éliminatoire ; le candidat conserve le bénéfice de l'épreuve antérieurement subie avec succès).—2e partie : Clinique interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Thèse. — Les candidats soutiennent cette épreuve sur un sujet de leur choix Ils doivent également répondre à toutes les questions qui peuvent leur être posées sur les diverses branches des études médicales.

Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième ; la première partie du deuxième examen est subie trois mois après la dixième inscription et avant la douzième ; c'est-à-dire après quatre trimestres de dissection ; la seconde partie de cet examen est subie après la douzième et avant la quatorzième inscription.

Le troisième examen ne peut être passé qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études, c'est-à-dire trois mois après la seizième inscription.

Tout candidat au 1er examen, ajourné pendant les sessions de *juillet* et *novembre*, pourra renouveler cet examen à une session spéciale, qui sera ouverte dans la première quinzaine de janvier. Il sera admis aux travaux pratiques de 2e année, à partir du 3 novembre précédent, à la condition de payer le droit prescrit : 40 francs.

En cas d'échec à la session de janvier, le candidat au 1er examen est définitivement ajourné à la session de juillet suivant et ne peut prendre aucune inscription de 2e année. En cas de succès et sur la justification de sa participation effective aux travaux pratiques de 2e année, il est admis à prendre immédiatement les 5e et 6e inscriptions.

L'ajournement est de trois mois pour les autres examens, sauf en ce qui concerne l'épreuve pratique de médecine opératoire, pour laquelle l'ajournement est réduit à six semaines ; pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu ; le candidat perd le montant des droits d'examen (30 francs).

Tout candidat à un examen qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué, est renvoyé à trois mois ; il perd le montant des droits d'examen (30 francs), et le cours des inscriptions est suspendu. Les délais d'ajournement peuvent être portés à un an par le jury.

Indications nécessaires pour les examens dans les écoles de plein exercice, ainsi que dans les écoles préparatoires réorganisées ou non réorganisées.— Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des écoles de plein exercice (Alger, Marseille, Nantes) passent le premier examen probatoire et les deux parties du deuxième examen, dans ces écoles, devant un jury composé de deux professeurs et d'un agrégé de Faculté.

A cet effet, deux sessions d'examens seront ouvertes dans les écoles de plein exercice : l'une au mois d'août, pour le premier examen probatoire et la deuxième partie du second examen ; l'autre au mois d'avril, pour la première partie du second examen Toutefois les aspirants au doctorat, élèves des écoles de plein exercice, peuvent subir ces épreuves devant les Facultés de médecine aux époques fixées par ces établissements.

Les élèves refusés au premier examen probatoire, à la session d'août, dans les écoles de plein exercice, peuvent se présenter, pour le même examen, à la session d'octobre-novembre suivant, devant une Faculté de médecine.

Les élèves des écoles de plein exercice, ajournés au 1er examen de Doctorat pendant les session d'août et d'octobre-novembre, peuvent renouveler cet examen à la session spéciale ouverte dans la première quinzaine de janvier au siège d'une Faculté.

Les autres dispositions relatives aux élèves des Facultés, candidats ajournés au 1er examen, sont applicables aux étudiants des écoles de plein exercice. Les élèves refusés à la première ou à la deuxième partie du second examen peuvent se présenter pour la même épreuve, après un délai de trois mois, devant une Faculté de médecine. Pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu. Les troisième, quatrième, cinquième examens et la thèse ne peuvent être subis que devant une Faculté.

Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des Ecoles préparatoires *réorganisées* : Angers, Caen, Rennes, Reims et Rouen, passent le premier examen probatoire et la première partie du second examen dans ces Ecoles devant un jury composé de deux professeurs et d'un agrégé de Faculté. A cet effet, deux sessions d'examens sont ouvertes dans les Ecoles préparatoires *réorganisées*, l'une au mois d'août, pour le premier examen, l'autre au mois d'avril, pour la première partie du deuxième examen.

Toutefois les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles préparatoires réorganisées, peuvent subir ces épreuves devant les Facultés de médecine aux époques fixées par ces établissements.

Les élèves refusés au premier examen probatoire à la session d'août dans les Ecoles préparatoires réorganisées peuvent se présenter, pour le même examen, à la session d'octobre-novembre suivant, devant une Faculté de médecine.

Les dispositions concernant les étudiants des Facultés et des Ecoles de plein exercice, candidats ajournés au 1er examen de doctorat, sont applicables aux élèves des écoles réorganisées.

Les élèves des mêmes Ecoles, refusés, à la session d'avril, à la première partie du deuxième examen probatoire, peuvent se présenter pour le même examen, après un délai de trois mois, devant une Faculté. Pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu.

La deuxième partie du deuxième examen est subie soit devant une Faculté, soit devant une Ecole de plein exercice.

Les aspirants au doctorat, élèves des écoles préparatoires *non réorganisées*, sont examinés devant les Facultés aux époques fixées par ces établissements ; ils peuvent toutefois, sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription. — Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (première et deuxième parties) avant la treizième inscription, et sont soumis chaque semestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.

Bibliothèque. — Musées. — Renseignements divers.

Jardin botanique et laboratoire d'histoire naturelle. — Directeur : M. le professeur Baillon ;—Préparateur des cours : M. Mussat ; — Préparateur du laboratoire : M. N..., delégué dans les fonctions de préparateur. — *Le Jardin botanique*, situé rue Cuvier, n° 12, est ouvert du 15 mars au 1er novembre, sauf les dimanches et les jours fériés, de 6 heures du matin à 6 heures du soir.

Musées. — 1° *Musée Orfila* à l'Ecole de médecine, consacré à l'anatomie normale et à la zoologie. Il est ouvert de 10 heures du matin à 4 heures en hiver et 5 heures en été. *Conservateur délégué* : M. N. ... Nous apprenons que la Faculté est décidée à donner à ce musée une importance que, depuis longtemps, il avait perdue. On y a installé un droguier à peu près complet, et il est d'une grande utilité pour les étudiants de première année de venir le consulter.

2° *Musée Dupuytren*, à l'École pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. *Conservateur délégué* : M. Gombault. Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours, de 11 heures à 4 heures en hiver et de 11 heures à 5 heures en été.

L'installation matérielle de ce musée est défectueuse et la place insuffisante. Les nouvelles constructions de l'Ecole pratique, espérons-le, nous donneront un local vaste, suffisamment aéré, où la lumière pénétrera largement. La richesse des pièces pathologiques qu'on peut recueillir à Paris est telle qu'on pourrait faire de ce musée un des plus grands du monde. Quels fruits les élèves, le livre à la main, en retireraient pour l'étude de tous les types pathologiques ! Pour apprendre, il faut voir et comprendre, et quelque assidu qu'on soit aux autopsies dans les Cliniques, on ne peut tout voir. Les résultats obtenus par nos rivaux étrangers nous montrent la nécessité d'apporter promptement des réformes considérables dans l'aménagement intérieur et dans la disposition du Musée Dupuytren.

3° On parle de la création d'un *Musée de médecine opératoire* dans les nouveaux bâtiments de l'Ecole pratique, quand elle sera terminée. Ce serait là une excellente idée.

4° Le *Musée d'instruments de physiologie*, du à l'initiative de M. Ch. Verdin, est désormai complètement organisé. Il se compose de deux salles, situées à l'Ecole pratique, au-dessus du laboratoire d'Hygiène. Dans la salle principale se trouvent six vitrines remplies d'instruments : l'autre est réservée aux grands appareils, par exemple le schéma de la circulation et les tables à vivisection, etc., etc.

2

Déjà l'une des vitrines est consacrée à l'*histoire* des Instruments en Physiologie.

BIBLIOTHÈQUE. — La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de 11 heures du matin à 6 heures du soir, et de 7 heures 1/2 à 10 heures 1/2 du soir. Depuis quelques années, grâce à notre insistance, les ouvrages récents et les journaux de médecine sont mis à la disposition des étudiants aussitôt après leur apparition. — *Bibliothécaire* : M. HAHN ; — *Bibliothécaires-adjoints* : MM. CORLIEU, PETIT, THOMAS et GOUAULT.

En attendant l'installation de ses nouveaux bâtiments, dont la construction marche avec une trop grande lenteur, la Faculté a utilisé les maisons expropriées, rue de l'Ecole-de-Médecine, jusques et y compris l'ancien café de la Rotonde, et y a installé provisoirement : au rez-de-chaussée, un vaste laboratoire de chimie ; au 1er étage, des salles d'examen, ce qui rend libre le Musée Orfila.

AVIS A MM. LES ÉTUDIANTS. — Le *Doyen* reçoit MM. les Étudiants dans son cabinet, le mercredi à 10 heures 1/2, et le *Secrétaire* les mardis, jeudis et samedis, de midi à une heure et de 2 heures à 3 heures.

Laboratoires.

LABORATOIRES DE LA FACULTÉ. — *Anatomie* : professeur, M. FARABEUF — *Médecine opératoire* : professeur, M. N... ; préparateur, M. N... — *Pathologie expérimentale et comparée* : professeur, M. STRAUS; chef de laboratoire, M. WURTZ; moniteurs, MM. SANCHEZ-TOLÉDO, MOSNY et TEISSIER. — *Thérapeutique* : professeur, M. HAYEM ; chef du laboratoire, M. GILBERT ; préparateur, M. WINTER. — *Pharmacologie* : professeur, M. POUCHET; chef de laboratoire, M. VILLEJEAN ; préparateur, M. HÉRET. — *Physique* : professeur, M. GARIEL ; préparateur, M. BROCA (André). — *Chimie* : professeur, M. A. GAUTIER ; chef des travaux de chimie biologique, M. FAUCONNIER ; préparateurs, MM. HALLOPEAU et N.... — *Médecine légale pratique* : professeur, M. BROUARDEL ; chef des travaux, M. DESCOUST ; chef des travaux chimiques, M. OGIER ; chef des travaux anatomo-pathologiques, M. VIBERT ; préparateur, M. BORDAS. — *Botanique* : professeur, M. BAILLON; préparateur, M. MUSSAT. — *Tératologie* : directeur, M. DARESTE. — *Pathologie générale* : professeur, M. BOUCHARD ; chef de laboratoire, M. CHARRIN ; préparateur, M. ROGER.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguïté des emplacements et de la parcimonie des distributeurs du Budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution ; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires. — Il y a encore le *laboratoire de chimie de la Faculté*, où les élèves sont admis gratuitement, mais ils doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

LABORATOIRES DES CLINIQUES. — *L. de l'Hôtel-Dieu*. Il est annexé aux cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté et a été ouvert le 1er janvier 1878. Les élèves y sont exercés à l'étude pratique de l'anatomie pathologique, de la physiologie pathologique et de la chimie organique élémentaires, sous la direction de MM. GILLY, chef de laboratoire; LAPICQUE, chef adjoint des travaux chimiques ; aides, MM. BERETTA et MARETTE. Ce laboratoire, réorganisé par les professeurs SÉE et RICHET, paraît ne rien laisser à désirer, au point de vue de l'installation, grâce au concours bienveillant de l'Administration hospitalière. — Chef de clinique médicale, M. LYON. — Chef de clinique chirurgicale, M. VILLEMIN.

Laboratoire des cliniques d'accouchements. — 1re chaire : Chef de clinique, M. DEMELIN · Chef du laboratoire : M. GALIPPE ; préparateur, M. VIGNAL. — 2e chaire de *Clinique d'accouchements* : Chef de clinique, M. LEPAGE ; chef du laboratoire, M. WALLICH.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié : Chef de clinique : M. THIERRY ; chef du laboratoire, M. PILLIET. — *Laboratoire de clinique médicale* : Chef de clinique, M. BELIN; chefs du laboratoire, MM. BELIN et LESAGE.

Laboratoire de clinique médicale de la Charité. — M. SPRINGER, chef des travaux de physiologie pathologique ; chef des travaux chimiques, M. DROUIN ; chef des travaux anatomiques, M. SUCHARD; chef de clinique, M. VAQUEZ. — *Laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité* : Chef de laboratoire, M. CAZIN ; aide de laboratoire, M. DUBAR. — Chef de clinique, M. DEMOULIN.

Laboratoire de clinique médicale de Necker. — *Chef des travaux d'anat. path.*, M. APPERT ; Chef des travaux chimiques, M. CARRON ; Chef de clinique, M. LION. — *Laboratoire de clinique chirurgicale* : Chef de laboratoire, M. FABRE-DOMERGUE ; Préparateur, M. THÉLOHAN ; Chef de clinique, M. LYOT.

Laboratoire de clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. — Professeur, M. CHARCOT. — Chef de clinique, M. DUTIL ; adjoint, M. BERBEZ. — Chef du laboratoire, M. P. RICHER. — Préparateur : M. BLOCQ. — *Ophtalmologie* : M. PARINAUD. — *Electrothérapie* : M. VIGOUROUX. — *Travaux chimiques et photographie* : M. LONDE. — *Moulages* : M. HUREL.

Laboratoire de clinique des maladies des enfants : Chef du laboratoire, M. LEDOUX-LEBARD. — Préparateur, M. VEILLON. — Moniteur, M. AUCLAIR. — Chef de clinique, M. AVIRAGNET. — Chef de clinique adjoint, M. BOULLOCHE.

Laboratoire de clinique ophtalmologique. — Chef adjoint de laboratoire, M. TERSON. — Chef de clinique, ROCHON-DUVIGNEAUD.

Laboratoire de clinique des maladies mentales. — Chef de laboratoire, M. KLIPPEL ; aides, MM. CHAMPFIN et SERVAUX. — Chef de clinique, M. PACTET.

Laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Chef de laboratoire, M. DARIER ; Chef adjoint de laboratoire, M. CATHELINEAU. Chef de clinique, M. HUDELO.

Laboratoire de clinique des maladies des voies urinaires. — Chefs de laboratoire : M. HALLÉ, *section de bactériologie et d'histologie* ; M. CHABRIÉ, *section de chimie*. — Chef de clinique : M. LEGUEU.

Avis divers.

1° *Versement des droits afférents aux études médicales*. — Les étudiants ou leurs familles ont la faculté d'effectuer le versement des droits afférents aux études médicales à la caisse du receveur des droits universitaires (55, rue Saint-Jacques, à Paris) ou dans les départements, aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances. Ce versement a lieu sur la production d'un bulletin de versement délivré par le secrétaire de la Faculté (art. 1 et 4 du décret du 25 juillet 1882). Dans le cas où le versement est fait en province, il en est délivré un récépissé à talon qui doit être adressé immédiatement au secrétaire de la Faculté.

2° *Bulletins de versement pour inscriptions et consignations. Jours et heures auxquels ils sont délivrés*. — Les bulletins de versement des droits de travaux pratiques de bibliothèque et d'inscriptions sont délivrés aux dates et jours indiqués par des affiches spéciales. Les bulletins de versement des droits de consignation pour les examens sont délivrés les lundi et mardi de chaque semaine, de midi à trois heures. (Les limites des consignations pour les examens sont portées à la connaissance de MM. les étudiants, par voie d'affiche spéciale, au commencement du deuxième trimestre de l'année scolaire.) En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année officiel) les dates et jours de consignation sont indiqués par les affiches relatives au quatrième trimestre de l'année scolaire.

3° *Annulation des bulletins de versement*. — Sont annulés les bulletins de versement dont le montant n'a pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit. Les bulletins de versement annulés ne sont renouvelés que sur demande écrite et après autorisation du doyen.

4° *Remboursement des consignations pour examens. — Motifs de la restitution des droits consignés*. — Le remboursement des consignations (intégral ou partiel) a lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, ou aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances sur la production, par l'ayant droit : 1° de la quittance à souche ou du récépissé à talon justificatif du versement; 2° d'un ordre de remboursement délivré par le secrétaire de la Faculté, énonçant les motifs de la restitution des droits consignés (art. 8 du décret du 25 juillet 1882, et circulaire du ministre des finances en date du 29 septembre 1882). Les ordres de remboursement sont délivrés tous les jours, au Secrétariat, de midi à 3 heures. Le remboursement des consignations est partiel ou intégral. Il est partiel dans le cas d'ajournement ou d'absence à un examen ; il est intégral dans diverses circonstances (renonciation aux études, maladie, etc.) Les absences aux examens pour cause de maladie peuvent être excusées sur présentation d'un certificat médical délivré par un professeur ou agrégé de la Faculté, ou bien par un médecin ou chirurgien des hôpitaux. Le certificat médical doit être produit soit avant les examens, soit dans les 48 heures qui suivent. Les absences aux examens pour tout autre motif sont appréciées par le doyen, par la commission scolaire, ou par les jurys des examens.

5° *Mise en séries des candidats aux examens*. — Les candidats inscrits pour subir leurs examens sont placés en série d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Dans le cas de consignation des droits d'un examen par la famille, l'étudiant n'est appelé à subir cet examen que sur sa déclaration écrite et consignée sur le registre ouvert à cet effet au Secrétariat de la Faculté. La mise en séries des candidats a lieu quinze jours au moins et trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette

feuille à la commission scolaire, la faire tirer, et, enfin, pour expédier les convocations.

6° *Thèses de doctorat. — Mise en séries.* — MM. les élèves qui désirent soutenir leur thèse sont priés d'accomplir au préalable les formalités suivantes :

1° Dépôt, au Secrétariat de la Faculté, du manuscrit de la thèse, revêtu de la signature du président choisi par le candidat. Ce dépôt a pour but : *a)* De s'assurer si toutes les formalités ont été accomplies dans la rédaction de la thèse; *b)* de soumettre le manuscrit au visa de M. le doyen et de M. le recteur, qui donnent le permis d'imprimer. (Cette dernière formalité a lieu dans les 24 ou les 48 heures.)

2° Remise, au Secrétariat de la Faculté, de l'engagement de l'imprimeur chargé de l'impression de la thèse. Cet engagement doit contenir : *a)* Le nom du candidat de la thèse; *b)* la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les exemplaires imprimés. — Le candidat complètera cet engagement par une note signée par lui et renfermant : *a)* Le nom du président de la thèse; *b)* l'indication du sujet de la thèse; *c)* le numéro de la quittance à souche constatant le versement du droit de consignation. — L'engagement de l'imprimeur doit être remis au plus tard le vendredi qui suit la consignation. La mise en séries a lieu dans les 15 jours ou trois semaines qui suivent, mais toujours 5 jours au moins après la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les 185 exemplaires imprimés.

3° Avant le tirage définitif de la thèse, envoi, au secrétaire de la Faculté, du premier feuillet imprimé, destiné à recevoir, au recto, le titre de la thèse, les nom, prénoms, date et lieu de naissance du candidat, et, au verso, la liste des professeurs et agrégés en exercice. — Ce feuillet serait immédiatement renvoyé à l'imprimeur, s'il y avait lieu de le compléter ou de le modifier.

4° Quatre jours avant la soutenance, dépôt de 185 exemplaires de la thèse à la Faculté, de 2 heures à 4 heures de l'après-midi. MM les candidats qui n'auraient pas rempli les conditions énoncées dans les art. 1 et 2 ne seront point placés au tableau des actes. Ceux qui, après avoir été placés au tableau des actes, ne rempliraient pas les conditions énoncées aux art. 3 et 4, seront considérés comme absents sans excuse, et perdront, par suite, la somme de 100 francs, montant des droits d'examen.

7° *Consignations pour examens de sage-femme.* — En consignant, les aspirantes au diplome de sage-femme de 1re classe sont tenues de produire les pièces ci-après :

I. Elèves de la Clinique d'accouchements de la Faculté : 1° certificat d'assiduité aux cours; 2° certificat de stage à la Clinique.

II. Elèves des Maternités et Ecoles d'accouchements : 1° acte de naissance; 2° acte de mariage, s'il y a lieu ; 3° consentement du mari, du père ou tuteur, selon le cas; 4° certificat de bonnes vie et mœurs; 5° certificat de réception à l'examen primaire établi par l'arrêté du ou certificat d'études primaires 1er août 1879 ; 6° certificat d'assiduité aux cours; 7° certificat de stage à la Maternité.

III. Sages-femmes possédant un diplôme de 2e classe : Aux pièces énumérées à l'art. II ci-dessus, elles devront ajouter le certificat d'aptitude de 2e classe.

8° *Cartes d'étudiant; Cartes d'admission aux conférences de médecine légale et à la Clinique d'accouchements.* — 1° Les Cartes d'étudiant sont délivrées gratuitement au Secrétariat de la Faculté, au commencement de l'année scolaire, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations, en échange de la carte afférente à l'année précédente; 2° Les cartes d'étudiant bénévole sont délivrées tous les jours, de midi à 3 heures, sur la production de pièces (diplômes, passeports, etc.) destinées à établir l'identité du demandeur; 3° Les cartes d'admission aux conférences de médecine légale sont délivrées aux jours et heures et dans les conditions indiquées aux affiches spéciales; 4° Les cartes d'admission à la clinique d'accouchements sont délivrées, de midi à 3 heures, aux étudiants justifiant, au moins, de la 15e inscription. (En cas de perte de ces cartes, le titulaire en fait la déclaration écrite au Doyen ou au Secrétaire de la Faculté, pour obtenir un duplicata s'il y a lieu.)

9° *Domicile de l'étudiant et de sa famille.* — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant à la Faculté, sa résidence, celle de sa famille ou de son tuteur, et, s'il survient un changement dans le domicile de l'un ou de l'autre, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration peut être punie de la perte d'une ou de plusieurs inscriptions; — si l'étudiant a toutes ses inscriptions, il pourra être ajourné pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Cette peine est prononcée sans recours, par la Faculté.

Faculté de médecine de Montpellier. — La Faculté de médecine de Montpellier vient de présenter pour la chaire de chimie médicale vacante : en première ligne, M. Ville, agrégé de chimie ; en seconde ligne, M. Lecercle, agrégé de physique.

HOPITAUX

L'Administration générale de l'Assistance publique est située Avenue Victoria, n° 3 et quai de Gesvres, n° 4. — Directeur, M. Peyron. — Secrétaire général, M. Derouin. — Chef du bureau du personnel et du service de santé, M. Grou.

Hôpital Andral, 35, rue des Tournelles : 100 lits. — *Médecin* : M. Debove. Consultations les lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures. — Pharmacien : Un interne, sous la surveillance du pharmacien de Trousseau. — Dentiste : M. le Dr Gaillard.

Hôpital Beaujon, faubourg Saint-Honoré, 208 : 472 lits. — *Médecins* : M. Millard. Salles Barth (H.) et Gubler (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les vendredis et les lundis un sur deux. — M. Guyot. Salles Béhier (F.) et Sandras (H.). Legroux (H. et F.). Salle d'isolement Visite à 8 h. Consultations tous les mardis et les samedis un sur deux. — M. Gombault. Salles Louis (H.) et Vulpian (F.), Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jeudis et les lundis un sur deux. — M. Fernet. Salles Monneret (H.) et Axenfeld (F.). Consultations tous les mercredis et samedis un sur deux. Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgiens* : M. Léon Labbé. Salles Blandin (H.), Marjolin (H.) et Laugier (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les lundis et jeudis. Opérations le mardi. — M. Théophile Anger. Salles Gosselin (H.), Robert (H.) et Huguier (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis et vendredis. Spéculum jeudi et samedi. Opérations le mercredi. — M. B. Anger. Salles Malgaigne (H.), Ambroise Paré (H.) et Jarjavay (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mercredis et samedis. — *Accoucheur* : M. Ribemont-Dessaignes. Salle Paul Dubois. Visite à 9 h. 1/2. Consultations tous les jours à 10 heures. — *Pharmacien* : M. Léger. — *Dentiste* : M. Ferrier.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Elle est placée dans un local attenant aux chambres des internes; elle ne contenait guère que 500 volumes en 1878 ; elle en renferme maintenant plus de 2.000 grâce aux legs Gubler et Marjolin, à une subvention de 800 fr. accordée chaque année par le Conseil municipal et aux cotisations mensuelles des internes (1).

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre. — 1770 lits réglementaires pour les *vieillards et infirmes*, population réelle 1965 ; 1005 lits pour les *aliénés* et les *épileptiques* ; population réelle 1016. Dans ce dernier chiffre sont compris 403 enfants épileptiques ou arriérés. — Infirmerie de l'hospice. *Médecin* : M. Déjerine. — *Chirurgien* : M. Campenon. — On reçoit également en chirurgie les blessés du dehors, venant surtout de la commune de Gentilly, où existent beaucoup de carrières. Nous avons insisté pour que l'Administration affectât quelques lits à l'infirmerie de médecine pour les malades du dehors; ceci a été fait : 49 lits (26 en chirurgie et 23 en médecine).

Les *consultations* ont lieu pour la chirurgie les lundis, mercredis, vendredis, et pour la médecine les mardis, jeudis et samedis. — *Division des aliénés* : 1re section, M. Charpentier. — 2e section, M. Deny. — 3e section, M. Féré. — 4e section, M. Bourneville. — Médecin suppléant : M. Chaslin. — A Bicêtre, il n'y a pas d'externes; il n'existe que des internes et des internes provisoires. Depuis neuf ans, par suite de la nomination d'un nombre plus considérable d'internes provisoires, on n'a pas eu besoin de recourir aux externes, ni même à de simples étudiants en médecine, pour remplir dans cet hospice les fonctions d'interne. Néanmoins, les internes titulaires ou provisoires ne vont pas volontiers à Bicêtre ; cela tient à ce que le grand éloignement n'est nullement compensé par les avantages matériels que l'on devrait y rencontrer. Les logements dont nous avons signalé l'insalubrité ont été agrandis ; c'est là un palliatif insuffisant. La seule chose à faire serait de construire un pavillon spécial. Un projet est à l'étude depuis bientôt trois ans; il est très désirable que M. Peyron en fasse hâter le vote et l'exécution. — *Médecin dentiste* : Dr Aguilhon de Sarran. — *Pharmacien* : M. Berthold.

Fondation Vallée. — Cette fondation qui appartient au *département* de la Seine, consacrée aux petites *filles idiotes* et *arriérées*, doit être le point de départ d'un asile de trois à quatre cents lits. Elle est administrée *provisoirement* par l'hospice de Bicêtre. Sa population actuelle est de 108 enfants.

Les internes ont une indemnité de 25 fr. par mois pour frais de déplacement (2).

Bibliothèque des Internes en médecine. — Fondée en 1865, enrichie du legs Burlaud, alimentée par les cotisations des internes, et surtout par les subventions du Conseil municipal (1877-1885), elle compte aujourd'hui plus de 3,400 volumes. Cette bibliothèque déjà fort importante, rend des services considérables aux internes, mais

(1) Les chiffres que nous donnons pour les *Bibliothèques médicales* sont approximatifs car l'Administration n'en a pas fait établir chaque année un *inventaire*.

(2) Il est à remarquer que les externes des hopitaux dits excentriques touchent comme indemnité de déplacement 30 fr. et même 50 fr., par exemple à Tenon. Ne serait-il pas juste qu'il y eût des indemnités égales pour des distances égales, qu'on soit médecin chirurgien interne ou externe ?

elle se trouve très à l'étroit dans le local où elle est placée, et le défaut d'espace nuit au bon ordre et même au bon entretien d'un certain nombre de volumes. — Les internes de l'hospice ont encore un autre avantage : un sur trois des corps non réclamés reste à l'amphithéâtre et peut servir à la dissection ou à la médecine opératoire.

Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières. — Cette école, fondée au mois de mai 1878, comprend une *école primaire* et une *école professionnelle.* — *Cours théoriques* : *Administration*, M. PINON, directeur de l'hospice ; — *Anatomie élémentaire et physiologie*, M. BONNAIRE ; — *Pansements*, M. ISCH WALL ; — *Hygiène*, M. SOLLIER ; — *Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés*, Mme PILLIET-EDWARDS : — *Petite pharmacie*, M. CORNET.

HÔPITAL BICHAT, boulevard Ney : 188 lits. — *Médecins :* M. HUCHARD. Salles Bazin (H.) et Louis (F.). Visite tous les jours à 9 h. Consultations mardi et vendredi. Le vendredi, consultation spéciale pour les maladies du cœur. — M. GAILLARD-LACOMBE. Salles Andral (H.) et Récamier (F.). Consultations lundi et mercredi. — *Chirurgien :* M. TERRIER. Salles Jarjavay (H.) et Chassaignac (F.). Consultations gynécologiques, les lundi et vendredi. Consultations spéciales pour les maladies des yeux, des oreilles et du nez, le mercredi. Consultations de chirurgie générale, les mardi, jeudi et samedi. Grandes opérations (chirurgie abdominale), les mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2 — Vaccinations (vaccin de génisse), le lundi à 8 h. du matin. — Pharmacien : M. GUERBET. — Dentiste : M. MARCHANDÉ.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, alimentée par une subvention annuelle du Conseil municipal, de 400 fr. et par les cotisations mensuelles (2 fr.) des Internes, contient environ 200 volumes. C'est à peine si l'on y trouve les livres classiques et quelques ouvrages spéciaux de gynécologie. — *Laboratoires :* Un laboratoire d'histologie et de bactériologie est réservé aux internes en médecine. Un laboratoire de recherches thérapeutiques, ouvert aux élèves, est annexé au service de M. Huchard.

Enseignement médical. — Dans le service de M. le Dr Henri HUCHARD, cet enseignement est organisé de la façon suivante : Pendant l'été, tous les ans, depuis sept ans, M. le Dr Henri Huchard fait des leçons de clinique et de thérapeutique médicales, tous les jeudis, à 10 heures, depuis le 1er mai jusqu'au 1er août. Pendant toute l'année, sauf pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre, il fait au lit des malades des causeries de clinique et de thérapeutique générales, le mercredi, et principalement sur les affections du cœur, le dimanche, jour où a lieu une consultation spéciale pour les malades du dehors atteints de ces affections. — Les autres consultations ont lieu le mardi et le vendredi ; la visite commence tous les jours, à 9 heures du matin. — Les élèves sont exercés à discuter les diagnostics et à poser les indications thérapeutiques le lendemain des jours de consultations, c'est-à-dire le mercredi et le samedi. A partir du mois de mai, l'interne du service ainsi que les chefs des laboratoires seront chargés de faire des leçons de propédeutique (diagnostic des maladies, maniement des appareils, du microscope, etc., recherche des bacilles, etc.). Le service est pourvu d'un laboratoire de recherches thérapeutiques pour les élèves de l'hôpital et du dehors, qui veulent expérimenter l'action des médicaments anciens ou nouveaux, sous la direction du Dr Ch. ELOY, ancien interne des hôpitaux et avec l'assistance du chef de service. — Dans le laboratoire d'anatomie pathologique, très bien installé, comme le précédent, M. le Dr WEBER, ancien interne des hôpitaux, est chargé des démonstrations et des recherches anatomo-pathologiques pendant l'hiver, et jusqu'au mois de mai. — Enfin, dans un autre laboratoire dépendant du service de médecine, on a installé cette année un laboratoire de bactériologie qui fonctionne actuellement pour les besoins des services de médecine et de chirurgie. Une semblable organisation devrait exister dans les différents services de tous les hôpitaux.

HÔPITAL BROUSSAIS, 96, rue Didot. — L'hôpital Broussais comprend 264 lits et est pourvu de trois services, dont deux de médecine ayant chacun 100 lits et un de chirurgie de 64 lits (30 pour les hommes et 34 pour les femmes). Parmi les 200 lits de médecine, 80 sont réservés aux maladies chroniques (40 pour les hommes, 40 pour les femmes) et 120 aux maladies aigues. Le service est fait par deux médecins titulaires, assistés chacun d'un interne ; et par un chirurgien, assisté de deux internes. *Médecins* : M. CHAUFFARD. Salles Lasègue et Parrot (H.), Cazalis et Gubler (F.). Consultations les mardis et vendredis. — M. BARTH. Salles Delpech et Hillairet (H.), Archambault et Axenfeld (F.). Consultations les lundis et jeudis. — *Chirurgien* : M. RECLUS. Salles Follin (H.) et Broca (F.). Consultations les mercredis et samedis, à onze heures. Un interne en pharmacie est, en outre, attaché à chacun de ces trois services. La pharmacie de l'hôpital est confiée à l'un des internes en pharmacie, sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Necker, M. Leidié. Chaque service de médecine (hommes) comporte 20 lits de maladies chroniques et 32 lits pour maladies aigues; et pour les femmes, 20 lits de chroniques et 28 lits pour maladies aiguës.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ, 47, rue Jacob, 600 lits. — *Clinique médicale :* M. le professeur POTAIN ; Chef de clinique, M. VAQUEZ, Visite à 8 heures 1/2. Salles Bouillaud (H.) et Piorry (F.). Consultations le mercredi à 9 h. 1/2. Examen au spéculum les jeudis et vendredis à 10 h. Leçons au lit du malade les lundis, mercredis et vendredis à 8 h. 1/2, Interrogatoire des malades par les élèves le jeudi à 8 h. 1/2. Leçons au grand amphithéâtre avec présentation de malades et de pièces pathologiques les mardis et samedis, à 9 h. 1/2, Autopsies pratiquées devant les élèves, au grand amphithéâtre. — *Clinique chirurgicale.* Professeur, M. DUPLAY. Chef de clinique, M. DEMOULIN. Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredis et vendredis, à 9 h. Visite des malades à 10 h. Salles Velpeau et Trélat (H.), Gosselin (F.). Consultations mardi, jeudi et samedi. — *Chirurgiens* : Service de M. DESPRÈS. Salles J. L. Petit (F.) et Boyer (H.) Visite des malades à 9 h. Le mercredi, leçon de clinique chirurgicale et opérations. Le samedi, examen à l'ophthalmoscope. Examen au spéculum le jeudi. Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — *Médecins* : M. C. PAUL. Salles Beau (F.), N. Guyot (crèche) et Vulpian (H.). Visite à 8 1/2. Consultation le mardi. — M. BOUCHARD. Salles Cruveilhier (F.) et Corvisart (H). Visite des malades à 9 h. Consultation le samedi. — M. BROUARDEL. Salles Briquet (F.) et Rayer (H.) Visite des malades à 8 h. Consultation le jeudi. — M. DESNOS. Salles frère Côme (F.), et Laënnec (H.) Visite à 9 h. 1/2. Consultation le lundi. — M. LUYS. Salles Andral (F.) et Louis (H.). Visite à 9 heures. Leçons cliniques sur les maladies nerveuses le jeudi. Consultation le vendredi. — *Accoucheur* : M. le Dr P. BUDIN. Salle des accouchements. Tous les matins à 9 heures. Les étudiants, pour être admis dans le service, doivent être munis de cartes délivrées à l'hôpital. Enseignement clinique les mardi, jeudi et samedi. Consultation pour les femmes enceintes tous les jours, — Pharmacien : M. GUINOCHET. — Dentiste : M le Dr CRUET.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée par le Dr Passant, a été transférée dans un vaste local convenablement aménagé. Elle a reçu des dons importants provenant des bibliothèques du regretté Clozel de Boyer, du professeur Bouillaud et de M. Farcy. Les internes en médecine donnent tous les journaux et thèses qu'ils reçoivent et pourvoient aux frais d'entretien en s'imposant une cotisation mensuelle. Elle reçoit 400 fr. chaque année du Conseil municipal.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE, rue d'Assas, 89. — 130 lits (dont 12 de gynécologie) et 55 berceaux. — *Accouchements* : M. le professeur TARNIER ; Chef de clinique, M. DÉMELIN. — Leçons : mardi et samedi, à 9 heures, à l'issue de la visite. Les étudiants peuvent entrer munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée par le professeur ou la Faculté. Actuellement, les docteurs français et étrangers et les élèves désireux de s'inscrire pour suivre assidûment le service sont certains d'en obtenir l'autorisation à condition de satisfaire à certaines mesures de contrôle. Ce contrôle, indispensable à la surveillance et à la sécurité hygiénique de l'établissement, consiste dans le port de la carte déjà mentionnée. Ces conditions remplies, les élèves du service de la Faculté examinent, à tour de rôle, les femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées, sous la direction du professeur ou du chef de clinique. Ils sont organisés en séries pour la pratique des accouchements. L'entrée de l'hôpital est accordée à tous dans le cas d'intervention opératoire. Le jeudi, consultation de gynécologie, à 9 heures; les élèves assistent aux examens au spéculum des malades du dehors et de celles du service. La maison est en outre désignée pour le stage que les élèves sages-femmes sont obligées de faire. Elles sont envoyées par la Faculté qui leur délivre une carte. La durée de ce stage est de 10 mois environ, représentant 43 séances de jour et 43 de nuit. — Pharmacien : M. GRIMBERT. — Dentiste : M. PIETKIEWICZ. — Sage-femme en chef : Mlle HANICOT. 2 aides sages-femmes

MAISON D'ACCOUCHEMENT BAUDELOCQUE, 125, boulevard Port-Royal, 109 lits, 971 berceaux. — M. PINARD, professeur. Chef de clinique, M. LEPAGE. L'ancien pavillon Tarnier fait dorénavant partie de la nouvelle Clinique d'accouchement, dite Maison d'accouchement Baudelocque. Ce nouveau service, qui a son entrée boulevard de Port-Royal, 125, est absolument indépendant de la Maternité. — Sage-femme en chef : Mlle ROZE. 2 aides sages-femmes. — Pharmacien : M. PRUNIER, pharmacien de la Maternité.

HÔPITAL COCHIN, 47, faubourg Saint-Jacques. 40 lits d'adultes et 33 berceaux, plus 58 lits pour le service temporaire. — *Médecins* : M. X. GOURAUD. 80 lits. Un interne. Salles Lasègue (H.) et Trousseau (H.). 60 lits, plus une salle de 20 lits (F.) dans une baraque. Visite à 9 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade M. X. Gouraud fait chaque année des leçons cliniques au lit du malade. Spéculum le samedi. Consultations les lundi, mercredi et vendredi. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ. 125 lits. Deux internes. Salles Chauffard, Woillez et Beau, 78 lits (H.). Salles Briquet et Blache, 44 lits (F.). Salles d'accouchées malades, 3 lits et 3 berceaux. Visite à 9 h. 1/2. Spéculum le jeudi. Consultation les mardi, jeudi et samedi. Un laboratoire de thérapeutique, un autre de bacté-

riologie parfaitement aménagés, un service d'électrothérapie et un amphithéâtre de cours particulier sont annexés au service. — *Chirurgiens*: M. le Dr SCHWARTZ. 58 lits. Deux internes. Pavillon neuf. Salles Demarquay et Gosselin, 32 lits (H.). Salle Cochin, 26 lits (F.). Visite à 9 h. Leçons cliniques au lit des malades et conférences de pathologie chirurgicale. Consultation les lundi, mercredi et vendredi. — M. le Dr QUÉNU. 92 lits. Trois internes. Salles Viel et Bichat, 47 lits (H.). Salles Antheaume et Boyer, 45 lits (F.). Visite à 9 h. Conférences cliniques tous les jours au lit des malades. Consultation es mardi, jeudi et samedi. Consultations spéciales des affections du nez, de la gorge et des oreilles les mardi et samedi, par M. le Dr P. BONNIER (annexe du service). — *Accouchements*: M. le Dr BOUILLY, pavillon Velpeau. 60 lits. Deux internes. Le pavillon Velpeau contient un service d'accouchements de 30 lits et un service de gynécologie de 30 lits également. Le service d'accouchements est une annexe de la Maternité. Le chirurgien est professeur adjoint de la Maternité. Ce service, comme celui de la gynécologie, est interdit aux étudiants en médecine. Cependant, avec une permission spéciale du chef de service, quelques élèves peuvent assister à la visite qui a lieu à 8 h. 1/2. Il se fait en moyenne à la Maternité de Cochin 60 à 65 accouchements par mois. Les consultations et admissions pour le service de gynécologie ont lieu à la Maternité les lundi, mercredi et vendredi. — *Traitement des maladies des dents*: M. le Dr BROCHARD, dentiste. Consultation, traitement et extraction, le vendredi de chaque semaine, à 9 heures du matin, pour le public, pour les malades à la demande de MM. les Chefs de service.

Pharmaciens: M. LAFONT. Quatre internes. Un laboratoire de chimie est annexé à la pharmacie.

La *Bibliothèque des Internes en médecine* a été fondée en 1877. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 400 fr. et compte aujourd'hui 600 volumes. La bibliothèque des internes en pharmacie a été fondée en 1886 après la laïcisation. Elle reçoit annuellement une subvention de 300 fr. et compte déjà plus de 100 volumes.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES, 149, rue de Sèvres, 629 lits. — Depuis le 1er janvier 1884, la chaire de clinique des maladies des Enfants est transférée de l'hospice des Enfants-Assistés à l'hôpital des Enfants-Malades. M. le professeur Parrot a été remplacé par M. le professeur GRANCHER en février 1885. — M. GRANCHER fait des leçons cliniques le mardi dans la salle de la Policlinique et le samedi, à 4 heures du soir, dans l'amphithéâtre de cours, à partir du mois de novembre. — Consultations spéciales dans le service: le jeudi, maladies du système nerveux, par M. le Dr Déjerine, agrégé de la Faculté; le mercredi, maladies de la peau, par M. le Dr FEULARD, le jeudi maladies des oreilles, par M. le Dr Hermet, le samedi maladies du nez et de la gorge, par le Dr CUVILLIER. Ce service est à voir à cause d'essais récents curieux. — Une amélioration importante a été apportée en l'année 1884, dans la répartition des services de médecine. Jusque-là, quelques médecins avaient des salles exclusivement consacrées au traitement des maladies aiguës; d'autres, moins bien partagés, n'avaient que des salles de chroniques. La translation de la chaire de clinique à l'hôpital des Enfants a amené une nouvelle distribution des services. Chaque médecin (ils sont au nombre de cinq, y compris le professeur de clinique) a un service d'aigus, un service de chroniques. Chacun d'eux fait dans la semaine une leçon clinique à l'amphithéâtre. — *Médecins*: M. GRANCHER, professeur. Chef de clinique, M. AVIRAGNET. Chef de clinique adjoint, M. BOULLOCHE. Consultation le lundi. Consultation supplémentaire le vendredi, à 10 heures, à la salle Bouchut, pour les maladies de la peau. Leçons à 4 heures de l'après-midi, le mardi et le samedi. Visite à 9 h. Salles Bouchut (G. aigus), Parrot (F. aiguës), Husson (F. chroniques). Le laboratoire dépendant de la chaire de clinique des maladies des Enfants est installé au 2e étage du batiment de l'horloge. — M. J. SIMON. Consultation le samedi (conférences cliniques). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le mercredi à 10 h. Salles Blache (G. aigus), Archambault (G. teigneux). Les teigneux sont examinés le mardi de chaque semaine dans la salle Archambault. — M. DESCROIZILLES. Consultation le mardi. Visite à 8 heures 1/2. Conférences cliniques à l'amphithéâtre, le vendredi, à 10 heures. Salles de Chaumont (F. aiguës), Bilgrain (F. chroniques). — M. A. OLLIVIER. Consultation le jeudi. Consultations supplémentaires dans le service, le vendredi (médecine générale) et le mardi (Dermatologie). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le lundi à 10 h. Salles Gillette (F. aiguës), Bazin (F. peladeuses et eczémateuses). — M. D'HEILLY. Consultation le vendredi. Visite à 9 h. Salles: Henri Roger (G. aigus), Molland (G. chroniques). Conférences cliniques le mardi à 10 heures.

Pavillons d'isolement.— Les deux pavillons pavillon Trousseau inaugurés en 1882, pour l'isolement et le traitement de la diphtérie, renferment chacun 14 lits et sont destinés l'un aux garçons, l'autre aux filles. Le service est fait par chacun des 5 médecins de l'hôpital qui s'y succèdent de trois en trois mois. Ils sont assez bien aménagés. Les internes y font un grand nombre de trachéotomies. Au commencement de l'année, un moniteur de trachéotomie (un ancien interne de l'hôpital) guide les internes pendant un mois comme à Trousseau.— Le service spécial des Rubéoliques (pavillon Guersant), récemment fondé, ouvert le 1er janvier 1886 est fait de la même façon par les médecins de l'hôpital. — Construction d'un pavillon (système André) de 24 lits pour le traitement des Scarlatineux. — Installation d'un service de crèche de 16 lits, dans les dépendances de l'ancienne communauté, pour les enfants d'un an et au-dessous. Le service de ces deux nouvelles créations est fait également à tour de rôle, de trois en trois mois, par chacun des médecins de l'établissement.

Chirurgien: M. DE SAINT-GERMAIN.—Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours, Conférences cliniques à l'amphithéâtre le jeudi à 9 heures. Opérations les mardis, jeudis, samedis. Le samedi, consultation d'orthopédie. Salles Giraldès (G.), Bouvier (F.), Baudelocque (F. ophthalmies), Baffos (G., Ophthalmies). Vaccinations le mercredi à 8 heures. — Pharmacien: M. SONNIÉ-MORET. — Dentiste: M. le Dr GALIPPE.

Bibliothèque. — Elle possède actuellement 620 volumes environ. Elle reçoit chaque année une allocation du Conseil municipal. De nombreux dons sont faits tous les ans.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS, 74, rue Denfert-Rochereau. 675 lits.— *Médecin*: M. HUTINEL. Salle Archambault. Visite tous les jours de 8 h. 1/2 à 10 h. du matin.—*Chirurgien*: M. KIRMISSON. Salle Giraldès. — *Consultations pour les maladies de l'enfance*. Des consultations gratuites pour les maladies des enfants sont établies à l'hospice des Enfants-Assistés. Ces consultations ont lieu régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin, le lundi, le mercredi et le vendredi, pour la médecine, et le mardi, le jeudi et le samedi, pour la chirurgie et l'orthopédie. Entrée, rue Denfert-Rochereau, n° 76. — Il existe à l'hospice des pavillons spéciaux d'isolement pour les maladies contagieuses.— Pharmacien: Un interne, sous la surveillance de M. GRIMBERT, pharmacien de la Clinique, est chargé de la pharmacie. — Dentiste: M. le Dr CRUET.

Annexe de l'Hospice des Enfants-Assistés, à Thiais: Le service médical est confié à un médecin de Choisy-le-Roi, M. Laforest.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée il y a quelques années, possède actuellement environ 200 volumes. Elle a reçu à titre de premier don du Conseil municipal une somme qui a permis l'achat du *Dictionnaire de Méd. et de Chir. prat.* Une somme de 200 fr. est allouée chaque année par l'Administration de l'Assistance publique pour l'entretien de cette bibliothèque. Un certain nombre d'ouvrages reçus sont dus à la libéralité de leurs auteurs.

HÔTEL-DIEU, Parvis Notre-Dame, 559 lits. — *Médecins*: M. G. SÉE. Salles Saint-Christophe (H.), Sainte-Jeanne (F.). Visite à 9 h. 1/2; consultations le mardi. — M. PROUST. Visite à 9 heures, salles Saint-Charles (H.) et Ste-Madeleine (F.). La salle Sainte-Madeleine renferme 6 lits de femmes en couches qui sont placés sous la direction de l'un des accoucheurs du Bureau central; consultations le mercredi. — M. BUCQUOY. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Augustin (H.), et Ste-Monique (F.); consultations le lundi. Tous les jours, examen au lit des malades. — M. CORNIL. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Louis (H.) et Ste-Marie (F.); consultations le samedi. Maladies des femmes (spéculum) et consultations les lundis et vendredis. Leçons cliniques, à l'Amphithéâtre de gynécologie, le samedi de chaque semaine à 9 h. 1/2.— M. LANCEREAUX. Visite à 9 h. Salles St-Denis (H). et Sainte-Martine (F.); consultations le jeudi. — M. E. LABBÉ. Visite à 9 heures. Salles St-Thomas (H.) et Ste-Anne (F.); consultations le vendredi. — *Chirurgiens*: M. LEFORT. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Salles St-Jean (H.), St-Landry (H.) et Notre-Dame (F.). — M. X... Visite à 8 heures 1/2; consultations les mardis, jeudis et samedis. Salles Sainte-Marthe (F.), et Saint-Côme (H.). Leçons et opérations le lundi et le mercredi. Examen clinique au lit du malade le vendredi.— M. PANAS. Visite à 9 heures Salles St-Julien (H. et Ste-Agnès (F.) Maladies des yeux). Consultations tous les jours. — *Cliniques de la Faculté*: MM. G. SÉE et PANAS, professeurs. M. G. SÉE les lundis, mercredis et vendredis. Lundi, clinique sur la thérapeutique, vendredi, clinique sur le diagnostic. M. LEFORT les mardis, jeudis et samedis. — Chef de clinique chirurgicale, M. VILLEMIN; Chef de clinique médicale, M. LYON. Chef des laboratoires, M. GLEY. Chef des travaux chimiques, M. H...... — Il existe à l'Hotel-Dieu un laboratoire d'histologie, un laboratoire de chimie et de physiologie. Un local considérable a été attribué à ces laboratoires, qui sont installés d'une manière satisfaisante. Il y a. de plus, à l'Hôtel-Dieu, cinq grands amphithéâtres et cinq salles de conférences, où les chefs de services et les fonctionnaires des laboratoires peuvent faire des leçons théoriques et pratiques, qui seront annoncées par des affiches spéciales. — Clinique des maladies des yeux, M PANAS, Chef de clinique ophthalmologique, M. ROCHON-DUVIGNAUD, Chef adjoint. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope. Leçons cliniques les lundis et vendredis. Examen ophthal-

mologique tous les mercredis. Un cabinet de physique, annexé à ce service, permet d'initier les élèves aux difficultés de la réfraction. — M. Terson, chef du laboratoire. — Pharmacien : M. Villejean. — Dentiste : M. Pietkiewicz. Consultations les lundis et vendredis, à 9 heures.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée depuis plusieurs années, est très belle et compte aujourd'hui plus de 1500 volumes reliés; une somme de 2.000 fr. lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877 ; elle reçoit 500 fr. chaque année depuis 1878.

Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres. Nombre de lits : 628, dont 20 pour les enfants, crèche.—*Médecins* : M. Ball. Salles Béhier, Larochefoucauld et Becquerel (H.), Broca, Piorry (F.). Consultation, lundi et vendredi. — M. Straus. Salles Trousseau et Damaschino (H.), Louis et Monneret (F.). Consultation jeudi et samedi. — M. Ferrand. Salles Beau et Cruveilhier (H.), Legroux et Quesnay (F.), Guersant (crèche). Consultation, mercredi et vendredi. — M. Landouzy. Salles Rostan et Grisolle (H.). Chomel et Cl. Bernard (F.). Consult. mardi et samedi. — *Chirurgien* : M. Nicaise. Salles Malgaigne (H.) et Chassaignac (F.), Boyer (H. et F.), pavillon des grandes opérations (pavillon Récamier. Consultation tous les jours. Il y a, en outre, 112 lits supplémentaires en cas de besoin, c'est un service temporaire (service d'hiver ordinairement). Dans chaque service il y a deux salles affectées aux maladies chroniques (H. et F.). — Pharmacien : M. Bourquelot. — Dentiste : M. le Dr Galippe.

Des conférences cliniques ont lieu tous les jours à l'hôpital Laënnec, dans le nouvel amphithéâtre, agencé de manière à permettre des démonstrations pratiques au moyen de projections. Ces conférences seront reprises au mois de décembre dans l'ordre suivant: Mercredi, M. Ferrand. — Jeudi, M. Landouzy. — Samedi, M. Nicaise. — En 1889 et 1890, ces conférences n'ont pas eu lieu.

Des laboratoires et des musées particuliers sont annexés à chaque service (1). Le laboratoire appartient à M. le Dr Ball depuis le décès de M. Damaschino et est disposé pour des recherches d'histologie, de physiologie pathologique et de chimie, recherches de microbes, etc., etc. Un atelier de photographie est annexé à l'hôpital ; il permet de conserver la photographie des malades et des pièces anatomiques intéressantes. Un superbe établissement de bains est ouvert, tant pour le service interne que pour le service externe : on y trouve indépendamment de deux vastes salles (H. et F.), douches, salles de sudation, vapeur, etc., une étuve de désinfection à vapeur sous pression.

Hôpital Lariboisière, rue A. Paré. 924 lits, dont 851 pour adultes, 73 pour enfants au berceau, y compris 4 lits pour malades à isoler dans le service d'accouchements, 7 lits d'isolement ordinaires et 6 lits de femmes enceintes. Il est observé que les chiffres précédents représentent pour cet hôpital 42 lits par grande salle au lieu de 34, chiffre budgétaire ; ces 42 lits restant toujours montés, doivent servir de base constante. — *Médecins* : M. Duguet. Salles Bernutz (F.) et Grisolle (H.). Visite à 9 h. Consultation le vendredi. — Traitement des *Goîtres*, le mercredi à 10 heures. — M. Gérin-Rose. Salles Langle (F.) et Rabelais (H.). Visite à 9 heures. Consultation le mercredi. Spéculum, samedi. — M. Raymond. Salles Trousseau (F.) et J. Bouley (H.). Pavillon d'isolement (pavillon Davaine). Visite à 9 h. Consultation le lundi. — M. Landrieux. Salles Vincent de Paul (crèche), Maurice Raynaud (F.), Woillez (H. et Barth (H.). Visite à 9 heures. Consultation le jeudi ; Consultation de gynécologie et spéculum le mercredi. — M. Troisier. Salles Louis (F.), Bazin (H.). Visite à 9 heures. Consultation le samedi. — M. Gouguenheim. Salles Aran (F.) et Lasègue (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mardi. — Les consultations pour les maladies du *larynx* et *du nez* et les examens laryngoscopiques ont lieu les mardis, jeudis et samedis de 9 h. à 11 h. Leçons cliniques par M. Gouguenheim. — *Chirurgiens* : M. Périer. Salles Gosselin (F.). Ambroise Paré (H. et Voillemier H.). Visite à 9 h. Opérations et clinique le jeudi. Consultation les lundi et jeudi.—M. P. Berger, salles Denonvilliers (F.), Chassaignac (H.). Opérations tous les jours. Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis et vendredis. — M Peyrot. Salles Elisa Roy F., service nouveau, et Nélaton H.. Consultation les mercredis et samedis ; examen des malades, les lundis et jeudis; opérations, les mardis et vendredis. — M. Delens. Service des maladies des yeux. Consultation et traitement des malades externes tous les jours à 9 h., sauf le dimanche. Salle Demours (F). et Daviel (H.). Visite à 9 heures. — *Service commun aux chirurgiens*: Salle Voillemier (H. chroniques —*Service d'accouchements* : M. Porak. Salles La Chapelle et Mauriceau (F. entrée par le 41 *bis* du boulevard de La Chapelle). Chambres d'isolement salle Perreau).

(1) Nous pensons toujours que l'Administration ferait bien de réunir tous ces musées particuliers, qui constituent des foyers peu hygiéniques, dans le musée spécial qui a été construit, après un vote du Conseil municipal, dans le nouveau service des morts.

Visite tous les matins, à 9 heures 1/2. Consultations tous les jours, le dimanche excepté. Les élèves, *munis de cartes*, délivrées par le chef de service, sont organisés par séries pour l'examen des femmes enceintes et des femmes en travail. Ils font des accouchements sous la direction du personnel. L'accès de l'hôpital leur est permis pendant toute la journée, lorsqu'une femme est en travail. Environ deux mille deux cents femmes par an se présentent pour accoucher et sont réparties entre les salles d'accouchement et les sages-femmes (9) agréées du service de la ville. Conférences théoriques et cliniques avec exercices sur le mannequin : MM Gérin-Roze, Duguet, Raymond, Landrieux et Gouguenheim. — Pharmacien : M le Dr Patein. — Dentiste : M. le Dr Ferrier.

Bibliothèque des internes en médecine.—Installée définitivement dans une salle spéciale, elle a obtenu du Conseil municipal une subvention de 2,000 fr. en 1876, de 500 fr. à partir de 1878. Elle compte environ 2,500 volumes.

Bibliothèque des internes en pharmacie. — Ils ont reçu de 1886 à 1899 une subvention de 300 francs pour la fondation et l'entretien d'une bibliothèque à leur usage personnel. La bibliothèque est installée dans une salle spéciale.

Hôpital de Lourcine, n° 111, rue Broca. 243 lits. — M. Renault : Salles Cullerier et Natalis Guillot. Consultations les lundis et jeudis. — M. de Beurmann. Salles Astruc, Goupil. Consultations les mardis et vendredis. — *Chirurgien* : M. Pozzi. Salles Fracastor (accouchements), Van Swieten et Bouley. La salle Fracastor (33 lits et 18 berceaux) reçoit les enfants nouveau-nés avec leur mère. Consultations les mercredis et samedis. — Les étudiants sont admis dans cet hôpital sur la présentation de cartes spéciales, délivrées par M. le directeur de l'établissement. — Pharmacien : M. Gasselin. — Dentiste : M. Pietkiewicz; suppléant, M. P. Richer.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Le Conseil municipal, en 1879, a voté une somme de 400 fr. pour la bibliothèque des internes en médecine. Depuis, il a voté tous les ans la même somme.

Hôpital temporaire de la rue Pascal, rue Pascal, 76. 60 lits. — Consultation gratuite pour les femmes. *Médecins* : MM. de Beurmann, le lundi ; Renault, le samedi. — *Chirurgien* : M. Pozzi, le mardi; examen des malades le mardi, à 9 h. 1/2; opération le mercredi, à la même heure. — Pharmacien, M. Gasselin. — Dentiste : M. Pietkiewicz ; suppléant, M. P. Richer.

Maison municipale de santé, rue du Faubourg Saint-Denis, n° 200. 333 lits. — *Médecins* : MM. Legorché et Danlos. — *Chirurgiens* : MM. Segond et Nélaton. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service, internes et externes. Salles d'opérations nouvellement installées. — Les internes possèdent une *bibliothèque médicale* contenant plus de 600 vol., dont une partie a été léguée en 1875 par M. Demarquay. En 1886, elle s'est enrichie du Dictionnaire de Jaccoud. Plusieurs collections de journaux seraient à compléter. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 400 francs. La Maison municipale de santé possède trois laboratoires, un pour chaque service de médecine, et un pour les deux services de chirurgie. — Pharmacien : M. Joulie.

Maison et École d'accouchements, 119, boulevard de Port-Royal. 258 lits et 82 berceaux. — *Médecin* : M. Labadie-Lagrave. Consultations les mardi, jeudi et samedi. — *Chirurgien en chef* : M. Guéniot. — *Chirurgien-adjoint* : M. Bouilly. Consultations les lundi, mardi et vendredi. Pharmacien : M. Prunier. — Dentiste : M. Cruet. — Cet hôpital est complètement fermé aux étudiants; il est réservé, par l'Administration de l'Assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a deux internes : l'un est attaché au service de médecine, l'autre au service de chirurgie ; il n'y a pas d'externes. Cette maison comprend, en réalité, deux parties distinctes : l'Hôpital et l'Ecole. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant le neuvième mois de leur grossesse : une salle contenant 30 lits leur est destinée. Si ces femmes sont atteintes soit d'une affection médicale, soit d'une affection chirurgicale, ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (médecine) de 12 lits, l'autre (chirurgie) de 6 lits.

Lorsque l'accouchement est fait, si les suites de couches sont simples, les femmes restent dans les salles qui sont sous la direction de de la sage femme en chef ; deux salles : une de 31 lits et l'autre de 32 lits. Chaque lit est séparé des autres par une cloison. Sept nourrices sont attachées à ce service.

Dès qu'une femme présente quelques accidents, fièvre, douleurs abdominales, etc., elle doit être immédiatement séparée des autres et envoyée dans le service de médecine. Ce service est tout à fait isolé du précédent, comme situation, comme personnel, etc. Le service de médecine contient 23 lits, disséminés dans cinq salles. Trois nourrices en dépendent.

Comme on le voit, les femmes malades sont complètement sépa

rées des autres femmes; c'est ce système d'isolement, qui a permis d'obtenir un abaissement considérable de la mortalité. Cette mortalité, depuis quelques années, n'a été que de 0,97 0/0 en 1884, chiffre qui est bien près du chiffre normal quand on considère qu'à la Maternité, comme à l'hôpital des Cliniques, sont envoyées des femmes qui ont déjà subi des manœuvres en ville. En dehors de ces trois services qui relèvent séparément du médecin, de la sage-femme et du chirurgien, ce dernier a un service de gynécologie contenant 10 lits.

L'Ecole d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves; elle est sous la direction du chirurgien en chef, M. le Dr Guéniot, assisté de Mme Henry, sage-femme en chef. Il y a quatre aides sages-femmes, choisies parmi les lauréates des concours, qui sont chargées à tour de rôle de répéter aux élèves les leçons du professeur et de surveiller les accouchements; de plus, les élèves sont divisées en dix séries qui se succèdent toutes les 24 heures à la salle d'accouchement; chaque série a, à sa tête, des *petits-chefs*, nommées au concours parmi les élèves de seconde année; ces petits-chefs ont elles-mêmes pour mission de diriger leurs compagnes, de leur expliquer les difficultés de la théorie et de les initier à la pratique. Toutes les élèves sont internes; elles ne peuvent sortir que six fois dans l'année, accompagnées de leur père, de leur mère, de leur mari ou du correspondant désigné par les ayants-droit. Le prix de la pension, est fixé, par an, à 1,000 fr. La plupart des élèves restent pendant deux années à la Maternité.

Outre le cours d'accouchement, les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par l'interne en médecine; sur la botanique, faites par le pharmacien; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires, faites par l'interne en chirurgie.

Hôpital du Midi (1), 111, boul. de Port-Royal. 317 lits consacrés exclusivement aux affections vénériennes et syphilitiques. — Les visites et consultations se font très régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin. — *Chirurgien* : M. Humbert. 1re division. Salles I, II, III et IV. Consultations les lundis et jeudis. — *Médecins* : M. Balzer. 2e division. Salles VI, VII et VIII. Consultations les mercredis et samedis à 9 heures. Examen et discussion des nouveaux malades les lundis et jeudis à 9 heures. Conférence clinique le jeudi à 9 h. 1/2. — M. Mauriac. 3e division. Salles IX. X, XI et XII, consultations les mardis et vendredis. — Le musée créé par M. le Dr Horteloup, où sont réunies un grand nombre de pièces montées avec soin, présente un grand intérêt pour l'étude des *maladies vénériennes* et mérite d'être visité avec soin. L'installation de la bibliothèque Ricord est terminée, le nombre de volumes légués s'élève à 2.500 environ. — Pharmacien: M. Béhal. — Dentiste : M. N. Richet.

Hôpital Necker, 151, rue de Sèvres : 471 lits. — *Médecins* : M. le professeur Peter : Chef de clinique, M. Lion. Salles Laënnec (H.). Trousseau (F.). 24 lits de crèche. Clinique médicale à 9 h. le mercredi et le vendredi. Consultations le jeudi. Spéculum le samedi. *Laboratoires* du service de clinique médicale : Chef des travaux anatomiques, M. Appert; chef des travaux chimiques, M. Carron. — M. Rigal : Salles Bouley (H.), Lasègue (F.). Consultations le mardi. Spéculum le lundi et le jeudi. — M. Rendu : Salles Chauffard (H.), Delpech (F.). Consultations le lundi. Spéculum le vendredi. — M. Dieulafoy: Salles Vernois (H.). Monneret (F.). Consultations le mercredi. Spéculum le vendredi. — La consultation est faite à tour de rôle, les vendredis. par MM. Rigal ou Rendu, les samedis par MM. Peter ou Dieulafoy. — *Chirurgiens. Clinique chirurgicale* : M. le professeur Le Dentu : Chef de clinique, M. Lyot. Salles Malgaigne (H.) et Lenoir (F.). Consultations les lundis, mercredis et vendredis. *Laboratoire du service de clinique chirurgicale* : Chef du laboratoire, M. Fabre-Domergue ; Préparateur, M. Telohan. — *Clinique des voies urinaires* : M. le Pr Guyon. Chef de clinique. M. Legueu. Salles Velpeau (H.) et Laugier (F.). Consultations les mardi, jeudi et samedi et traitement externe tous les jours. Les consultations et le traitement externe se font à la salle de la Terrasse. Leçon clinique et opérations, le mercredi à 9 heures; policlinique le samedi à 9 heures. Chef de laboratoire d'anatomie pathologique, M. Hallé; chef du laboratoire de chimie, M. Chabrié. Musée de la Terrasse (voies urinaires) visible tous les jours. — Service des voies urinaires, M. Horteloup. Salle Civiale, pavillon Nélaton (H.), salle Foucher (F.). Consultation les lundis, mercredis et vendredis et traitement externe tous les jours. Les consultations et le traitement ont lieu au pavillon Nelaton. — Musée Civiale, visible tous les jours. — Dentiste : M. Galippe. — Pharmacien : M. Leidié.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Fondée en 1878. Cette fondation est due à l'initiative des internes de cette année. A la fin de 1878, elle comptait 50 volumes environ provenant de dons (chefs de service (de Necker et M. Bourneville) et du montant des souscriptions des internes. Grâce à la subvention votée par le Conseil municipal, la bibliothèque s'est enrichie en 1879: 1° de la collection des Bulletins de la Société anatomique; 2° de la *Revue des Sciences médicales*; en 1880, des Archives de médecine; en 1881, des Archives de physiologie; en 1882, des *Bulletins de l'Académie de Médecine* et de la *Société de Chirurgie*; en 1886 du *Dict. Dech.* Elle compte aujourd'hui plus de 900 volumes. Elle a été encore augmentée depuis 1883, grâce à des subventions successives accordées chaque année par le Conseil municipal.

Hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède, 716 lits. — *Médecins* : M. Jaccoud, professeur de clinique médicale de la Faculté. Chef de clinique, M. Belin. Salles Jenner (H.) et Laënnec (F.). Consultations les mercredis. Leçons cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 h. — M. Faisans. Salles Cruveilhier (F.), et Monneret (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations le vendredi. — M. Moutard-Martin. Salle Trousseau (F.). et Rayer (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations le lundi. — M. Muselier. Salle Grisolle (F.) et Rostan (H.). Visite à 9 heures. Consultations le samedi. — M. Faisans. Salles Cruveilhier (F.) et Monneret (H.). Visite à 8 h. 1/2. Clinique au lit du malade, vendredi et samedi. Consultation le mardi. — M. Audhoui. Salles Valleix (F.) et Serres (H.). Consultations le jeudi. Visite à 8 heures 1/2. — *Chirurgiens* : M. Tillaux, professeur de clinique chirurgicale. Chef de clinique: M. Thierry. Chef de Laboratoire, M. Pilliet. Salles Michon (H.) et Lisfranc (F.). Visite à 9 heures. Leçons cliniques lundis, mercredis, vendredis. Consultations mardis, jeudis et samedis. — M. Polaillon. Salles Gerdy (F.) et Broca (H.). Visite à 9 heures. Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — *Accoucheur* : M. Maygrier. Visites tous les matins à 8 h. 1/2 et consultations d'accouchements. — Pharmacien: M. Chastaing. — Dentiste : M. Brochard-R, lundi et vendredi de 9 à 10 heures.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Une bibliothèque médicale a été fondée, en 1869, par les internes en médecine. Elle est entretenue par les cotisations mensuelles des internes et elle a reçu une subvention du Conseil municipal, 500 fr. en 1877, 1878 et 1879; 400 fr. en 1880, 1881, 1882 et 1883; 500 fr. de 1884 à 1892. Elle se compose d'environ 1.400 volumes. On devra sous peu la transporter ailleurs, car le local dont on dispose est déjà trop restreint.

Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières. Elle est ouverte à toute personne désirant suivre les cours; cours pratiques le jour dans les salles, cours théoriques le soir à 8 heures (mardi, jeudi et samedi). *Cours théoriques* : *Administration*, M. Oudot, directeur de l'hôpital; — *Anatomie*, M. Sorel; — *Physiologie*, M. Regnard; — *Pansements*, M. Ch. Petit-Vendol; — *Hygiène*, M. Gilles de la Tourette; — *Soins aux femmes en couches*, M. Maygrier; — *Petite pharmacie*, M. Viron. — *Professeur-adjoint des Ecoles*, M. Marcel Baudouin.

Hôpital Saint-Antoine, 184, faubourg Saint-Antoine: 816 lits : 578 pour la médecine, 140 pour la chirurgie, 72 pour les maladies contagieuses, 26 berceaux. — *Chirurgie*. M. Monod. Salles Blandin et Broca, (H.), 44 lits; salle Cruveilhier, (F.), 22 lits; consultations les lundi, mercredi et vendredi. Spéculum et Opérations tous les jours. — Service de M. Blum : Salles Dupuytren et Velpeau (H.), 46 lits; salle Lisfranc, (F.), 24 lits. Consultations les mardi, jeudi et samedi. Spéculum et opérations tous les jours. Pavillon pour des grandes opérations : 2 lits (H.), deux lits (F.) placé sous la direction des deux chirurgiens; de création récente, ce pavillon d'isolement est très bien compris. — *Médecine*. Service de M. le professeur Hayem : Salle Béhier (H.), 20 lits, Salle Bazin (H.) 20 lits, salle Moïana (F.), 20 lits, salle Vulpian (Crèche) 20 lits et 20 berceaux. Chambres isolées pour la diphthérie et la coqueluche, 7 lits. Consultations le lundi. Spéculum le mercredi. — Service de M. Tapret. Salles Bichat et Malgaigne, (H.), 49 lits ; salle Chomel, (F.), 24 lits ; salle Chomel (accouchements), 2 lits et 2 berceaux. Consultations le mercredi. Examen au spéculum le vendredi. — Service de M. G. Ballet. Salles Aran-Broussais (H.), 49 lits; salle Rostan (F.), 24 lits. — Service de M. Merklen. Salle Axenfeld (H.), 35 lits; salle Roux (F), 20 lits ; salle Corvisart (F.), 20 lits. Consultations le samedi. Examen au spéculum le lundi. — Service de M. Gingeot. Salle Marjolin (H.), 33 lits; salle Nélaton (F.), 20 lits. Consultations le vendredi. — Service de M. Letulle. Salles Louis et Andral (H.), 56 lits; salle Barth (F.), 24 lits. Consultations le jeudi. Examen au spéculum le samedi. — Service de M. Hanot. Salle Magendie (H.), 37 lits; salle Grisolle (F.), 24 lits ; salle Grisolle (accouchement), 4 lits, 4 berceaux. Consultation le mardi. Examen au spéculum le jeudi. — Service de M. Brissaud. Pavillon Damaschins (H), 20 lits; pavillon Littré (H.), 20 lits; pavillon Lorain (F.), 30 lits. Spéculum le mercredi. MM. Brissaud et G. Ballet ont une consultation par semaine environ, à jours variables.

Le *Pavillon des internes*, de construction récente (1), est le mo-

(1) La denomination de l'hôpital du Midi n'a pas été changée; cet etablissement ne porte donc pas encore le nom de *Ricord*

(1) Voir Bourneville : *Rapport sur la construction d'un bâtiment pour loger les internes en médecine* (22 mai 1882).

dèle du genre. Il y est adjoint une *Bibliothèque* pour les Internes, qui est déjà importante.

— Pharmacien : M. LEXTRET. — Dentiste : M. le Dr GAILLARD, consultations mardi et vendredi.

HÔPITAL SAINT-LOUIS, rue Bichat, n° 40; salle de consultations, même rue, n° 38; 1079 lits dont 625 consacrés aux affections cutanées, 46 lits et 46 berceaux aux accouchements, et le reste aux affections chirurgicales.

Cliniques dermatologiques et syphiliographiques. — La médecine générale n'est pas enseignée dans cet hôpital, mais, en revanche, on y trouve accumulés tous les matériaux et tous les moyens d'études propres à favoriser l'enseignement spécial de la pathologie cutanée.

Six chefs de service se partagent les lits réservés aux maladies de la peau ; chacun d'eux fait la consultation un jour par semaine et examine les jours suivants les malades admis dans les salles. Outre les cours officiels organisés par la Faculté, les six médecins de l'hôpital Saint-Louis font tous, pendant le semestre d'été, une série de leçons théoriques et pratiques ; à la suite d'une commune entente, ces leçons sont réparties entre les différents jours de la semaine, de sorte que les étudiants ont pour ainsi dire à choisir chaque matin entre les moyens d'instruction qui s'offrent à eux.

Médecins : M. DU CASTEL. Consultation externe le jeudi ; examen des nouveaux malades et conférences cliniques le vendredi (toute l'année) ; traitement chirurgical des affections cutanées, lupus, couperose, chéloïde, etc., le lundi. Traitement des affections du cuir chevelu, le samedi ; salles Emery (F.). Policlinique le mardi ; salles Lorry (F.), et le mercredi, salle Hilairet (H.). — M. E. BESNIER. Consultation externe le vendredi. Clinique le samedi ; mardi, opérations, dermatologie ; mercredi, teignes et affections du cuir chevelu : salles Alibert (F.) et Devergie (H.), 9 heures. — M. le Pr FOURNIER, clinique des maladies de la peau. Chef de clinique, M. le Dr HUDELO ; Chef de clinique adjoint, M. WICKHAM. Tous les jours de 8 h. à 10 du matin ; salles Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.). Consultation le samedi. *Ordre du cours* : Les mardis, Leçon au lit des malades (à 9 h.) ; les vendredis, Leçon à l'Amphithéâtre (10 heures) ; les jeudis, Leçon sur l'anatomie normale et pathologie de la peau, par M. le Dr A. Darier, chef du laboratoire d'histologie. — M. HALLOPEAU. Consultation externe le lundi ; examen des nouveaux malades le mardi, visite générale et policlinique le mercredi ; le jeudi, opérations dermatologiques (traitement du lupus, acnés, etc.) : le vendredi, visite générale et policlinique (Pr BAZIN), examen des teignes le samedi. Clinique le dimanche pendant l'été ; salle Bazin (H.), salle Lugol (F.) Pavillon Gabrielle (H.). — M. QUINQUAUD. Mardi, consultation externe ; vendredi, examen des nouveaux malades (laboratoire Biett). Salles Gibert (F.) et Cazenave (H.). — M. TENNESON. Lundi, cuir chevelu ; mardi, opérations dermatologiques. Salles Bichat (H.) et Biett (F.).

L'hôpital Saint-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des affections cutanées, mais ses services d'accouchements et de chirurgie sont également des plus actifs. Le service d'accouchements, dirigé par M. BAR, contient 54 lits constamment occupés, dont 8 lits d'isolement. Il s'y fait en moyenne 3 accouchements par jour ; 1000 environ par an ; 4539 de 1875 à 1880. Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité. Tous les jours, consultation externe pour la gynécologie.

Musée pathologique. — Le Musée, ouvert tous les jours de 8 h. à 11 h., sans formalité, contient aujourd'hui 1200 moulages reproduisant les principales affections cutanées et parasitaires, 142 dessins et des photographies coloriées. La collection particulière de M. FOURNIER, jointe depuis plusieurs années au Musée, se compose d'un grand nombre de pièces relatives aux affections syphilitiques et vénériennes. Le Musée particulier de M. Péan contient 50 moulages de pièces chirurgicales. M. Parrot a également enrichi le musée d'une collection d'environ 200 pièces (legs).

Chirurgiens. — Les services de chirurgie de l'hopital Saint-Louis sont, avec ceux de Lariboisière, les plus riches et les plus actifs des hopitaux de Paris. 28,500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2,200 en moyenne sont traités dans les salles. — M. PÉAN. Consultation externe lundi, vendredi ; clinique et opérations le samedi toute l'année, à l'amphithéâtre, salles Nélaton (H.), Denonvilliers (F.). — M. L. CHAMPIONNIÈRE. Consultation le mercredi et le samedi. 64 lits dont 38 d'hommes et 26 de femmes. 2 nouveaux Pavillons de grandes opérations viennent d'être créés. — M. MARCHAND. Consultation externe mardi et jeudi : leçon clinique et opérations le mercredi toute l'année à 9 h. 1/2, à l'amphithéâtre, salles Gosselin (F.) et Cloquet (H.).

Accoucheur : M. BAR, salle Paul Dubois. Visite tous les jours à 9 heures. Consultation tous les jours à 9 h. 1/2, excepté le dimanche. Les élèves qui désirent suivre la visite ou la consultation doivent se faire inscrire dans le service.

Pharmacien : M. PORTES. — Dentiste : M. M[illegible].

Bibliothèques. — Une bibliothèque médicale fondée récemment par les soins des médecins et chirurgiens de l'Hôpital, et destinée à s'enrichir de nombreux dons, est annexée au Musée Pathologique. Cette bibliothèque, qui est ouverte depuis le 1er janv. 1888 contient entre les publications de dermatologie, les principaux ouvrages de médecine et de chirurgie, et la plupart des journaux français et étrangers. Elle est ouverte à tous les médecins et élèves de 8 h. 1/2 du matin à 11 h. et de 2 h. à 5 h. — Une autre *Bibliothèque*, enrichie de 1877 à 1886 par des dons du Conseil municipal de Paris, est la propriété des internes en médecine de l'hôpital ; elle contient d'importantes collections de thèses et de journaux, des ouvrages médicaux variés et les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau, 1500 volumes. Elle a reçu, en 1884, un legs de M. Hillairet.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE, (*Femmes*), 47, boulevard de l'Hôpital. 3,122 lits pour les *vieillards* et 720 pour les *aliénées*. — *Médecins* : MM. CHARCOT et JOFFROY. — *Chirurgien* : M. TERRILLON. Visite et examens des malades à 9 heures. Opérations le samedi. — *Médecins aliénistes* : MM. J. FALRET, A. VOISIN et J. VOISIN. — *Médecin adjoint* : M. SÉGLAS. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. CHARCOT, les mardis et vendredis à 9 h. 1/2 ; chef de clinique, M. DUTIL ; chef de clinique adjoint, M. BERBEZ ; chef du laboratoire, M. P. RICHER, prosecteur, M. BLOCH ; chef du service électrothérapique, M. VIGOUROUX (traitement les mardi, jeudi et samedi, à midi) ; service ophtalmologique, M. PARINAUD ; travaux chimiques et photographiques, M. LONDE. — M. A. VOISIN fait, durant l'hiver, un cours sur la médecine mentale et les maladies nerveuses, le dimanche à 9 h. 1/2. Tous les jeudis, à 9 h., examen clinique des malades ; — M. SÉGLAS, clinique mentale en été. — M. TERRILLON fait, durant l'été, un cours sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes genitaux de la femme, le mercredi à 10 h. — Pharmacien : M. VIRON. — Dentiste : M. AGUILHON DE SARRAN.

Un service de *consultation externe* a été ouvert à la Salpêtrière au mois de mai 1881. Le nombre les malades qui s'y présentent chaque jour a démontré l'opportunité de cette innovation, due au Conseil municipal. Il fonctionne de la manière suivante. *Médecine* : Consultation externe. M. CHARCOT, le mardi, à 9 h. et demie ; — M. JOFFROY le mercredi, à 9 h. et demie ; — M. J. FALRET, le lundi, à 9 h. et demie ; — M. VOISIN (Auguste), le vendredi, à 9 h. et demie ; — M. J. VOISIN, le samedi, à 9 h. et demie. — *Chirurgie* : M. TERRILLON, le jeudi, à 9 h. et demie. — La consultation de Médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales. Depuis 1882, on a ajouté à l'Infirmerie générale 42 lits pour les malades externes, hommes, et l'on a autorisé la réception de quelques malades externes femmes.

Service d'électrothérapie. — M. R. VIGOUROUX. Les mardi, jeudi, samedi, de midi à trois heures. Ce service, subventionné par le Conseil municipal, est destiné aux malades provenant des salles et des consultations externes de la Salpêtrière, des consultations des autres hôpitaux et aux malades de la ville qui se présentent directement.

Ecole municipale d'infirmières. — Même organisation qu'à Bicêtre. Cours théoriques : *Administration*, M. LE BAS, directeur de l'hospice ; — *Anatomie*, M. GAUTIEZ ; — *Physiologie*, M. J.-B. CHARCOT. — *Pansements*, M. P. POIRIER ; Suppléant : M. PILLIET ; — *Hygiène*, M. Ch. FÉRÉ ; — *Petite pharmacie*, M. YVON ; — *Soins à donner aux femmes en couches*, M. LEPAGE (1).

Bibliothèques. — Il existe à la Salpêtrière une *Bibliothèque médicale* fondée et entretenue par les *internes en médecine*. Elle se compose actuellement de plus de 1800 volumes, dont 398 ont été donnés par M. Passant. Elle a reçu, en 1877, une subvention de 2,000 fr. du Conseil municipal, de 500 fr. de 1878 à 1885, de 600 de 1886 à 1889. — Les Internes en pharmacie ont fondé, en 1884, une *bibliothèque* comptant actuellement 600 volumes, qu'ils entretiennent à l'aide de cotisations et d'une subvention du Conseil municipal. Il est adjoint à la bibliothèque une fort belle collection de matière médicale, don de Vercamer. L'Association des Internes en pharmacie entretient une collection de *matière médicale* comptant plus de 500 échantillons, et une collection de minéralogie de 200 échantillons. Ces collections sont destinées aux conférences qui se font dans cet établissement pour la préparation au concours de l'Internat en pharmacie. L'Assistance publique les a dotés, en 1877, du premier laboratoire collectif de chimie et de micrographie dans lequel il se fait environ 700 analyses par an. Ce résultat justifie la généralisation de cette création dans les autres hopitaux de Paris.

HOPITAL TENON, rue de la Chine : 883 lits. — *Médecins* : M. OULMONT. Visite à 9 heures. Salles Andral (H.), Behier et Cl. Bernard (F.). Consultation le jeudi. — M. CUFFER. Visite à 9 heures. Salles Lelong (H.), Bouillaud (F.) et Valleix (crèche). Consultation le mardi. — M. DREYFUS-BRISAC. Visite à 9 h. Salles Bichat (H.), Magendie (F.) et Laënnec (F.). Consultation le lundi. — M. ROQUES. Visite à 9 heures. Salles Axenfeld (H.), et Colin (F.). Consultation le mercredi. — M. BRAULT. Visite à 9 heures. Salles Barth (H.) et Couverchel (F.). Consultation le samedi. — M. TALAMON. Visite à

(1) La direction de l'enseignement, dans les trois écoles, est confiée, *à titre gratuit*, depuis 1878, à M. Bourneville.

9 heures. Salle Gérando (H.) Rayer (F.). Consultation le vendredi. — M. Barié. Salles Parrot et Lorain (H.), et Maurice Raynaud (F.). — M. Comby. Salles Pidoux et Trousseau (H.) et Cruveilhier (F.). — *Chirurgiens* : M. Richelot. Visite à 9 heures. Salles Velpeau. Nélaton et Lisfranc (H.) et Richard Wallace (F.). Consultation les mardis, jeudis et samedis. Opérations tous les jours. — M. Reynier, Visite à 9 h. Salles Dupuytren, Montyon, Seymour (H.) et Delessert (F.). Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Opérations tous les jours. — *Chirurgie infantile* : M. Félizet. Visite à 9 heures. Salles Dolbeau (G.), A. Paré (F.), Tenon (deux sexes, 2 à 4 ans) et Boyer (Crèche). Consultations tous les jours. Opérations tous les jours. — *Accoucheur* : M. Champetier de Ribes. Visite à 9 h. Consultation pour les femmes enceintes, tous les jours. — Pharmacien : M. Meillère. — Dentiste : M. le Dr Marchandé.

Les médecins et les chirurgiens reçoivent une indemnité fixée exceptionnellement à 3.000 fr., en raison de la distance à laquelle est située cet établissement. Les internes sont logés et touchent indépendamment de leur indemnité réglementaire une indemnité mensuelle de 25 fr. à titre de frais de déplacement.

Dès l'ouverture de l'hôpital (novembre 1878), il a été fondé par les internes une *bibliothèque* d'ouvrages de médecine. Un don de 2,000 fr. du Conseil municipal, puis une subvention de 500 fr. votée chaque année ont enrichi cette bibliothèque qui contient 4,000 volumes. Les *externes* touchent 50 francs par mois au lieu de 30, comme dans les autres hôpitaux excentriques.

Hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton (ex-Hôpital Sainte-Eugénie, ancien Hôpital Sainte-Marguerite). Enfants, 558 lits.

Médecins : M. le Dr Legroux, Visite à 8 heures 3/4. Consultations les lundis et jeudis. Salle Barrier (garçons); salle Blache (filles). Salles d'isolement, *coqueluche* (filles).— M. le Dr Sevestre, Visite à 8 h. 1/2. Consultations les mardis et vendredis. Maladies aiguës. Salle Lugol (garçons). Salle Triboulet (filles). Maladies chroniques. Salles Legendre et Lugol (garçons). Salle Triboulet (filles). Teigne. Salle Bazin (garçons). Salles d'isolement, *coqueluche* (garçons). Consultations le vendredi. — M. le Dr Moizard. Visite à 8 h. 3/4. Consultations les mercredis et samedis, Maladies aiguës. Salle Archambault (garçons). Salle Bouvier (filles). Maladies chroniques. Salle Archambault (garçons). Salles Valleix et Bouvier (filles). Teigne. Salle Gillette (filles), le mardi. — Consultations et pansement externe de la teigne, deux jours par semaine : M. Sevestre, le samedi; M. Moizard, le mardi.

Chirurgien : M. Lannelongue. Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jours. Salle Denonvilliers (garçons). Salle Giraldès (filles). Un amphithéâtre, pourvu de tous les moyens d'étude désirables, est annexé au service de M. Lannelongue.

Pharmacien : M. Héret. — *Dentiste* : M le Dr Gaillard.

Pavillons d'isolement. — Des pavillons d'isolement ont été créés dans l'hôpital. *Pavillon Bretonneau*, inauguré en 1879, comprenant 28 lits pour la diphthérie. — *Pavillon Davenne* (système André), inauguré le 25 juillet 1889, comprenant 24 lits pour les scarlatineux. — *Pavillon d'Aligre*, inauguré à la même époque, comprenant 52 lits pour les rubéoleux. Des salles spéciales et des chambres d'isolement y sont réservées à toutes les complications de la rougeole. Ces services d'isolement sont faits alternativement par les médecins selon le roulement ci-après :

Epoques de service.	Diphthérie Bretonneau.	Scarlatine Davenne.	Rougeole d'Aligre.
1892 Oct. Nov. . .	Moizard.	Legroux.	Sevestre.
Déc. 1892. Ja. 1893.	Sevestre.	Moizard.	Legroux.
1893 Février-Mars	Legroux.	Sevestre.	Moizard.
— Avril-Mai. . .	Legroux.	Cadet de G	Sevestre.
— Juin-Juillet. .	Sevestre.	Legroux.	Cadet de G.
— Août-Sept. .	Cadet de G.	Sevestre.	Legroux.

En outre, un service de *coqueluche*, avec personnel spécial et complètement isolé, et divisé en coqueluches simples et coqueluches compliquées, tant pour les garçons que pour les filles, a été inauguré le 1er juillet de l'année courante. — Médecins : M. Sevestre pour les garçons; M. Legroux pour les filles.

Enfin, cette année même est entré en service un pav[illegible], qui comprend 16 chambres isolées.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Au 1er janvier 1879, la bibliothèque n'était représentée que par des thèses et par des collections de journaux incomplètes. Il n'existait ni règlement ni catalogue. Grâce à l'initiative des internes et à la générosité de M. le Dr Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Trousseau, la bibliothèque est devenue une réalité. Le Conseil municipal de Paris a voté à cette bibliothèque une subvention de 500 fr. en [illegible] et une autre subvention de 500 fr. en 1881 et 1883, 400 fr. en 1884, 1885, 1888 et 1889; elle possède aujourd'hui plus de [illegible] volumes. L'hôpital Trousseau est appelé à prendre une importance très grande. De nouveaux laboratoires d'histologie pathologique et de chimie vont être créés. Ajoutons que le Musée de M. le Dr Lannelongue vient d'être organisé avec un soin extrême et fournira aux étudiants de précieux sujets d'études.

Hospice d'Ivry a Ivry-sur-Seine. — Médecin : M. Gombault. — Chirurgien: M. Prengrueber. — Pharmacien : M. Cousin.

Un service de consultation externe est organisé depuis quelques années à l'hospice d'Ivry. Les consultations de médecine ont lieu les mardis, mercredis et vendredis ; celles de chirurgie, les mardis et mercredis.

Maison de retraite des Ménages, 13, rue du Vivier, à Issy. — *Médecin* : M. Chantemesse. — Chirurgien : M. Brun. — Pharmacien : Un interne sous la surveillance du pharmacien des Enfants-Malades.

Maison de retraite de La Rochefoucauld, 15, avenue d'Orléans. — *Médecin* : M. Brocq. — Pharmacien : Un interne sous la surveillance du pharmacien du Midi.

Institution Sainte-Périne, 11, rue du Point-du-Jour, Paris-Auteuil. — *Médecin* : M. le Dr Hirtz. — *Chirurgien* : M. le Dr Jalaguier. — Un Interne est logé dans l'établissement. — Le service pharmaceutique est placé sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Bichat.

Fondation Alquier-Debrousse, rue de Bagnolet. — *Médecin* ; M. le Dr Gaucher. 200 lits pour vieillards des deux sexes.

Fondation Chardon-Lagache, 1, rue du Point-du-Jour, Paris-Auteuil. — Le service médical y est fait par le médecin de Sainte-Périne. — Un Interne y est également logé.

Fondation Rossini, 5, rue Mirabeau, Paris-Auteuil. — Le service médical y est fait par le médecin de Sainte-Périne. — C'est l'interne de Sainte-Périne qui est chargé aussi de cette Maison.

Hôpital maritime de Berck-sur-Mer. — *Chirurgien* : M. Ménard. — Deux internes en médecine, nommés à la suite d'un concours spécial, résident à l'hôpital. — Le service pharmaceutique est assuré par un interne en pharmacie.

Hospice Saint-Michel (fondations Boulard et Lenoir Jousseran). à Saint-Mandé. — Le service de médecine est fait par un médecin de Saint-Mandé, M. Diverneresse. — Pharmacien: M. Boudet, à Saint-Mandé.

Hospice de la Reconnaissance (fondation Brézin), à Garches (Seine-et-Oise). — *Médecin résidant* : M. Gille. — Le service pharmaceutique est placé sous la surveillance de M. Bourquelot, pharmacien à l'hôpital Laënnec.

Hôpital de Forges-les-Bains. — *Médecin* : M. Doumenge.

Fondation Galignani, boulevard Bineau, 53 et 55, à Neuilly-sur-Seine. — *Médecin* : M. Cayla ; *médecin adjoint* : M. Catuffe. — Pharmacien : M. Ingé, Avenue de Neuilly, 153, à Neuilly.— Dentiste: M. Schwartz.

Hospice de Brevannes (Seine-et-Oise). — *Médecin* : M. Geffroy, à Villeneuve-Saint-Georges. — Deux internes en médecine, nommés à la suite d'un concours spécial, résident à l'Hospice. — Pharmacien : M. Lacloire, à Boissy-Saint-Léger (Seine-et-Oise).

Maison de convalescence de La Roche-Guyon (pour les enfants). — Le service médical est assuré par un médecin de La Roche-Guyon, M. Dubrac.

Médecins, chirurgiens et accoucheurs du Bureau central.

Médecins : MM. Josias, Juhel-Renoy, Martin (Hippolyte), Marie, Netter, Gilbert, Petit (André), Vaquez, Babinski, Charrin, Siredey, Richardière, Thibierge, Gaillard, Mathieu, Dupré, Lermoyez, Œttinger, Le Gendre, Bourcy, Roger, Marfan.

Chirurgiens : MM. Jalaguier, Brun, Routier. Marchant (Gérard), Bazy. Tuffier, Picqué, Michaux, Chaput, Ricard, Poirier, Broca, Walther, Lejars, Potherat, Guinard, Hartmann.

Accoucheurs : MM. Doléris, Auvard, Bonnaire, Boissard.

Consultations de médecine : Tous les jours, de midi à 4 heures. Consultations de chirurgie : Tous les jours, de 1 heure à 3 heures. Consultations spéciales : Bandages, les mardis et samedis, à 11 h. — Orthopédie : Les mercredis, à 11 heures. — Aveugles et paralytiques : Le troisième jeudi de chaque mois, à 11 heures.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

La réouverture de cet établissement a eu lieu le 12 octobre: les pavillons de dissection sont mis à la disposition des élèves pour l'étude de l'anatomie. L'amphithéâtre de Clamart, comme on l'appelle le plus souvent, a été spécialement créé pour les élèves de l'Assistance publique, internes et externes ; mais tous les étudiants sont admis à suivre les cours qu'on y fait sur les sciences anatomiques. Il est situé rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours ont lieu tous les jours à 4 heures ; le premier, anatomie topographique, est fait par M. le Dr Quénu, directeur de l'amphi-

théâtre de Clamart, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. — M. X..., prosecteur, fera le cours de physiologie. — M. Faure, prosecteur, fera le cours d'anatomie descriptive. — M. N..., chef du laboratoire d'histologie, fait un cours d'histologie. — L'administration met à la disposition des élèves des microscopes et des réactifs pour l'étude de l'histologie. Nous rappellerons, en outre, que le musée d'anatomie normale et pathologique de Clamart est ouvert tous les jours de 1 heure à 4 heures. La principale richesse de ce musée consiste dans les nombreuses pièces préparées par les concurrents pour le prosectorat de Clamart. Conservateur du musée : M. Malapert.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose : 1° de médecins, chirurgiens et accoucheurs; 2° de prosecteurs (voir Amphithéâtre des hôpitaux); 3° d'internes et d'externes en médecine, en chirurgie et en accouchements; 4° de pharmaciens; 5° d'internes en pharmacie. Tous sont nommés au *concours*. — Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des règlements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat*.

A. — *Externat. Art.* 101. — Tout étudiant en médecine qui justifie de quatre inscriptions au moins, prises dans l'une des Facultés de médecine de l'Etat, peut se présenter au concours pour les places d'élèves externes (1). Il doit produire : 1° un certificat de ses inscriptions; 2° son acte de naissance; 3° un certificat de revaccination; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié.

Art. 102. — Par un arrêté en date du 26 juillet 1892, pris en conformité de l'avis du Conseil de surveillance et approuvé par M. le Préfet de la Seine, l'article 102 du règlement sur le service de santé, qui détermine les conditions à remplir par les candidats pour être admis à prendre part au concours de l'internat en médecine, a été revisé ainsi qu'il suit : « Les élèves externes, reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne peuvent, toutefois, prendre part à ce concours que pendant les 6 années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comprises dans ce délai. Les candidats au concours de l'internat ne sont inscrits à ce concours que sur le vu des pièces suivantes : 1° un certificat constatant leurs services en qualité d'externes, au moins depuis le 1er février précédent, sans interruption motivée; 2° des certificats délivrés par les médecins et chirurgiens, et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, établissant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite; 3° un certificat de scolarité délivré par l'Ecole de médecine.

Le nouveau règlement dont il s'agit sera applicable à partir du concours de l'année 1896. »

Art. 119. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé à 20.

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours (2).

Concours de 1886. — 1° *Anatomie* : Atlas et axis; — Rapports de la vessie chez l'homme; — Articulation du coude; — Configuration extérieure du cerveau; — Os maxillaire inférieur; — Rapports de l'estomac; — Rapports du cœur; — Artère humérale; — Muscle grand oblique de l'abdomen; — Conformation extérieure et rapport du foie; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien; — Parois osseuses des fosses nasales; — Rapports de la trachée; — Artère fémorale; — Articulation du coude; — Artères de la main : — Extrémité supérieure du fémur; — Muscle diaphragme; — Veines superficielles du membre supérieur; — Articulation scapulo-humérale.

2° *Pathologie et petite Chirurgie* : Symptômes de la pneumonie aiguë; — Appareils inamovibles; — Furoncle; — De l'érysipèle; — Symptômes des fractures en général; — Des brûlures; — Sangsues; — Manière de faire une autopsie; — Examen clinique des urines; — rougeole; — Traitement des hémorragies; — Du lavement; — Abcès chauds; — Ventouses, — Signes physiques de la tuberculose pulmonaire chronique, — Fractures de la clavicule.

(1) Le concours de l'externat commence au milieu du mois d'octobre. Les externes sont nommés pour trois ans.

(2) Voir les questions données au concours de 1872 à 1883 inclusivement dans les *Numéros des Etudiants* de 1883, ..., 1886 et 1887.

Concours de 1887. — 1° *Anatomie* : Diaphragme; — Articulation du genou; — Artère axillaire et ses branches; — Muscles adducteurs de la cuisse; — Os iliaque; — Artère fémorale; — Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen; — Articulation tibio-tarsienne; — Articulation temporo-maxillaire; — Parois osseuses des fosses nasales; — Rapports du cœur; — Articulation du coude; — Muscles fessiers; — Veines du membre supérieur; — Rapports du foie; — Articulation scapulo-humérale; — Artère poplitée et ses branches; — Crosse de l'aorte; — Os maxillaire inférieur; — Articulation radio-carpienne; — Veines du membre inférieur.

2° *Pathologie et petite Chirurgie* : Signes et diagnostic des fractures en général; — Symptômes de la rougeole régulière; — Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde, — Des lavements; — De l'anthrax; — De la saignée; — Signes et diagnostic de la pneumonie lobaire; — Des brûlures; — Traitement de l'épistaxis; — Symptômes et diagnostic de la péritonite aiguë; — Signes et diagnostic de la scarlatine normale; — Cathétérisme de l'urèthre; — Vaccin et vaccination; — Hydrocèle vaginale; — Hémorragie artérielle; — Des injections hypodermiques.

Concours de 1888. — 1° *Anatomie* : Côtes; — Configuration extérieure et rapports de l'estomac; — Fémur; — Crosse de l'aorte; — Diaphragme; — Veines du membre inférieur; — Clavicule; — Fosses nasales; — Rapports du poumon et sa conformation extérieure; — Muscle sous-iliaque; — Articulation de l'épaule; — Veines du membre supérieur; — Os maxillaire inférieur; — Articulation tibio-tarsienne; — Articulation coxo-fémorale; — Rapports du foie et conformation extérieure; — Humérus; — Artère fémorale; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien.

2° *Pathologie et petite Chirurgie* : Entorse, — Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë; — Anthrax; — Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme et chez la femme; — Analyse clinique des urines; — Erysipèle de la face; — Epistaxis et tamponnement des fosses nasales; — Panaris; — Saignée; — Vaccine et vaccination; — Fractures de la clavicule; — Brûlures; — Vésicatoires.

Concours de 1889. — 1° *Anatomie* : Articulation temporo-maxillaire; — Articulation coxo-fémorale; — Configuration extérieure et rapports du foie; — Veines superficielles du membre inférieur; — Muscles fessiers; — Occipital; — Crosse de l'aorte; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien; — Omoplate; — Artère fémorale; — Articulation tibio-tarsienne; — Articulation scapulo-fémorale; — Artères de l'avant-bras; — Maxillaire inférieur; — Calcanéum et astragale; — Artère carotide primitive; — Œsophage; — Rapports de la vessie; — Péroné; — Carotide externe.

2° *Pathologie et petite Chirurgie* : Entorse; — Chloroformisation; — Fractures de la clavicule; — Pleurésie aiguë; — Cathétérisme de la vessie chez l'homme; — Des appareils plâtrés; — Fièvre typhoïde (signes et diagn.); — Furoncle; — Epistaxis; — Vésicatoires; — Saignée; — Vaccine et vaccination, — Symptômes et diagnostic de la scarlatine; — Du lavement.

Concours de 1890. — 1° *Anatomie* : Artère humérale; — Fléchisseurs commun, superficiel et profond des doigts et long fléchisseurs du pouce; — Clavicule : articulation tibiotarcienne; — Rapports de l'estomac; Rapports du foie; — Crosse de l'aorte; — Muscles de la région antérieure de la jambe; — Artères axillaires; — Rapports des reins; — Os maxillaire inférieur; — Rapports des poumons; — Rapports du rectum; — Rapports de l'œsophage; — Ligaments de l'articulation du genou.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Saignée; — Appareil plâtre pour fracture de jambe sans plaie; — Symptômes de l'ascite; — Fractures de l'extrémité inférieure du radius; — Cathétérisme de l'urètre chez l'homme; — Signes de la pneumonie franche et aiguë; — Fractures de la clavicule; — Technique de l'autopsie des cavités thoracique et abdominale (1); — Vaccination contre la variole; — Symptômes de la pleurésie; — Fractures de l'extrémité inférieure du péroné; — Symptômes et diagnostic de la scarlatine; — Anthrax; — Epistaxis, — Blennhorrhagie aiguë.

Concours de 1891. — 1° *Anatomie* : Configuration extérieure et rapports du cœur; — Muscles masticateurs — Fosses nasales. — Sacrum et coccyx; — Artères de la main; — Muscles de la région antéro-externe de la jambe; — Rapports de la vessie; — Veines supérieures du membre inférieur; — Occipital; — Grand et petit obliques de l'abdomen; — Rapports du foie; — Artère sous-clavière; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien; — Os maxillaire inférieur; — Artère axillaire; — Muscle diaphragme; — Articulation radio-carpienne; — Brulures; Saignée au pli du coude; — Articulation coxo-fémorale; — Atlas et axis, — Articulations de la clavicule; — Aorte abdominale; — Muscles fessiers; — Rapports des reins.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme; — Lavage de l'estomac, — Pneumonie; — Vaccina-

(1) Voir Bourneville et Bricon : *Manuel de technique des autopsies.*

tion contre la variole ; — Injections hypodermiques ; — Ponctions exploratrices ; — Tamponnement des fosses nasales ; — Hydarthrose ; — Signes et diagnostic de la phtisie pulmonaire à la 3e période ; — Technique de l'autopsie des cavités abdominale et thoracique ; — Anthrax ; — Erysipèle ; — Ventouses ; — Anesthésie locale ; — Ligature et pansement du cordon ombilical ; — Recherches de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines ; — Appareils platrés pour fractures de jambes (1).

B. — Voici maintenant les articles du règlement relatif aux *internes en médecine et en chirurgie*.

Art. 121. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : 1° une épreuve d'admissibilité consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures ; 2° une épreuve orale sur les mêmes sujets ; il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue. A chaque séance de l'épreuve orale, l'une des questions arrêtées par le Jury porte ou peut porter sur un sujet d'accouchement ou afférent aux accouchements. Le maximum des points à attribuer, pour chacune de ces épreuves, est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points ; pour l'épreuve orale, 20 points. Ces opérations terminées, le jury procède au classement des candidats.

Questions écrites données dans ces dernières années : 1861. Structure du rein ; hématurie. — 1862. Région inguinale, signes et diagnostic de l'étranglement intestinal au point de vue médical et chirurgical. — 1863. Muscles intercostaux, leurs usages, fracture des côtes. — 1864. Cordon testiculaire ; varicocèle et son traitement. — 1865. Diaphragme ; pleurésie. — 1866. Veine porte ; ascite. — 1867. Artères des intestins : Signes et diagnostic des hémorragies intestinales. — 1868. Muscles intrinsèques du larynx, caractères différentiels des laryngites. — 1869. Médiastin postérieur ; diagnostic du pneumothorax. — 1871. Trachée et bronches ; corps étrangers des voies aériennes. — 1872. Vertèbres cervicales ; signes et diagnostic du mal de Pott. — 1873. Circulation du foie ; cirrhose. — 1874. Rapports de l'œsophage ; ses rétrécissements. — 1875. De l'endocarde et des endocardites. — 1876. Cæcum, ulcérations intestinales. — 1877. Vaisseaux sanguins du poumon ; gangrène pulmonaire. — 1878. Structure du rein ; diagnostic et valeur séméiologique de l'albuminurie. — 1879. Testicule ; affections tuberculeuses du testicule. — 1880. Voile du palais ; érysipèle spontané de la face. — 1881. Col de l'utérus ; polypes de l'utérus. — 1882. Nerf récurrent ; anatomie pathologique ; signes et diagnostic de l'apoplexie pulmonaire. — 1883. Région poplitée ; gangrène sénile. — 1884. Voies biliaires (anatomie et physiologie) ; symptômes, diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie. — 1885. 1er concours : Rapports de l'estomac et du duodénum ; anatomie pathologique, symptômes et diagnostic du choléra asiatique ; — 2e Concours : Circonvolutions de la face externe du cerveau ; cours et signes de l'hémiplégie. — 1886. Grand épiploon ; signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. — 1887. Veines jugulaires ; érysipèle de la face. — 1888. Triangle de Scarpa ; symptôme et diagnostic de l'étranglement herniaire. — 1889. Muqueuse de l'utérus ; Diagnostic différentiel des métrorrhagies. — 1890. Pancréas (An. et Phys.) ; Diagnostic de l'ulcère rond de l'estomac. — 1891. Articulation tibio-tarsienne ; périostite phlegmoneuse diffuse. — 1892. Diaphragme (An. et Phys.), symptômes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire.

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des questions orales (2).

Concours de 1887. — Rapports du cœur ; signes et diagnostic de la péricardite aigue ; — Rapports de l'uterus et hémorragies de la délivrance ; — Artère axillaire et anévrysme artério-veineux ; — Nerf sciatique poplité externe et fractures du péroné ; — Articulation de l'epaule et phlegmons diffus ; — Espace intercostal ; Signes et diagnostic des cavernes pulmonaires ; — Glande mammaire et abcès du sein ; — Rapports de la vessie ; Symptomes et diagnostic des calculs vésicaux ; — Vaisseaux sanguins du rectum ; Cancer du rectum ; — Uretère et coliques néphrétiques.

Concours de 1888. — Urèthre, rétention d'urine ; — Col de l'utérus ; presentations de l'épaule, — Rapports de l'estomac ; symptomes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac ; — Nerf facial depuis son entrée dans le rocher ; paralysie faciale ; — Parotide oreillons, — Ligaments de l'articulation du genou, fractures de la rotule ; — Œsophage ; rétrécissements de l'œsophage ; — Veine cave inférieure ; causes, signes et diagnostic de la phlegmatia albá dolens. — Muqueuse intestinale et colique de plomb ; — Ventricule gauche et insuffisance mitrale ; — Nerf cubital et panaris ; — Muscles intrinsèques du larynx ; laryngite striduleuse ; — Vertèbres dorsales ; symptômes et diagnostic du mal de Pott.

Concours de 1889. — Veine porte en dehors du foie ; symptômes et diagnostic de la cirrhose alcoolique ; — Nerf radial ; paralysie radiale ; — Uretère chez la femme ; valeur séméiologique et pronostic de l'albuminurie chez la femme ; — Valvule mitrale ; symptômes et diagnostic du rétrécissement mitral ; — Ligaments et synoviales de l'articulation coxo-fémorale ; signes de la coxalgie ; — Artère pulmonaire ; embolie pulmonaire ; — Face inférieure du foie ; symptômes et diagnostic des kystes hydatiques du foie ; — Racines postérieures des nerfs rachidiens ; symptômes et diagnostic de l'ataxie locomotrice progressive (sclérose des cordons postérieurs de la moelle). — Tunique des bourses ; pathogénie, signes et diagnostic de l'hématocèle vaginale. — Rapports de la trachée ; signes et diagnostic des corps étrangers des voies urinaires ; — Parties intra-crâniennes du nerf facial depuis son origine apparente jusqu'à sa sortie du rocher ; fractures du rocher (signes et diagn.). — Veines du membre inférieur ; étiologie symptomatique et diagnostic de la flegmatia alba dolens ; — Diaphragme ; diagnostic des épanchements liquides de la plèvre.

Concours de 1890. — 1° Pancréas (Anatomie et physiologie) ; — Diagnostic différentiel de l'ulcère de l'estomac ; — Fosse iliaque ; — Phlegmon de la fosse iliaque ; — Circulation veineuse intra-crânienne ; — Méningite tuberculeuse ; — Vaisseaux et nerfs du pied : Causes, signes et diagnostic du mal perforant ; — Région partidienne : oreillons ; — Lobule hépatique ; — Symptômes du diabète sucré ; — Nerf récurrent ; — Séméiologie des crachats ; — Ligaments de l'articulation de la hanche ; — Symptômes de la coxalgie ; — Prostate ; — Infiltration d'urine : — Muscles et nerfs du voile du palais ; — Signes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens ; — Articulation de la tête avec la colonne vertébrale ; — Diagnostic de la présentation du sommet, au terme de la grossesse ; — Dure-mère rachidienne ; Causes, symptômes et diagnostic de la compression de la moelle épinière (1).

Concours de 1891. — Couches optiques ; Embolie cérébrale. — Voies lacrymales ; Inflammations aiguës des voies lacrymales. — Nerf récurrent ; Œdème de la glotte. — Synoviales des doigts de la main ; Synovite chronique de ces gaines. — Nerf phrénique ; Pleurésie diaphragmatique. — Villosités intestinales ; perforations de la fièvre typhoïde. — Ganglions de l'aine ; S. et D. de la hernie crurale étranglée. — Canal thoracique ; gangrène pulmonaire. — Péritoine pelvien ; insertions vicieuses du placenta. — Pylore ; gastrorrhagie. — Ombilic : signes, complications et traitement de l'avortement. Glande sous-maxillaire et son canal excréteur ; causes, signes et diagnostic du phlegmon sus-hyoïdien. — Amygdales ; syphilis de la langue. — Endocarde ; Asystolie. — Conformation extérieure et rapports du bulbe rachidien ; Causes, signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Prix de l'internat. — Nous devons ajouter que, tous les ans, il est ouvert pour les prix à décerner aux internes qui terminent leur quatrième année d'exercice deux concours distincts portant : l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements. — Questions posées à ces concours jusqu'en 1887. Concours de 1877 : *Glandes de la muqueuse stomacale* ; *Valeur séméiologique de l'hématémèse* (1re division). — *Anatomie du lobule pulmonaire* ; *emphyseme pulmonaire* (2e division). — Concours de 1878 : *Glandes du gros intestin, anatomie et physiologie* ; *Diagnostic et traitement du cancer de l'intestin* (1re division). — *Anatomie et physiologie du corps thyroïde ; symptômes et physiologie de la maladie de Basedow* (2e division). — Concours de 1879 : *Structure et physiologie des reins* ; *thromboses veineuses* (1re division). — *Anatomie et physiologie des nerfs du cœur ; causes et symptômes de l'asystolie* (2e division). — Concours de 1880 : *Structure des ganglions lymphatiques* : *leucocythémie* (1re division). — *Des glandes de l'intestin grêle : diagnostic et traitement de l'invagination intestinale* (2e division). — Concours de 1881 : *Vaisseaux capillaires* ; *embolies capillaires* (1re division) ; — *Artères du cerveau ; paralysie générale* (2e division). — Concours de 1882 : *Uretère, sécrétion urinaire ; phlegmon périnéphrétique* (1re division) ; — *Muqueuse de l'estomac, anatomie et physiologie ; ulcère simple de l'estomac* (2e division). — Concours de 1884. Epreuves écrites : *Cellule hépatique ; accidents du diabète* (1re division) ; — *Valvule iléo-cæcale ; symptomes, diagnostic et traitement de l'etranglement interne* (2e division). — Epreuve orale : *Luxation congénitale de la hanche* ; *accidents nerveux du saturnisme* (1re division) ; — *Hernie inguinale ; hydrocèle vaginale ; paralysie de la troisième paire* (2e division). — Concours de 1885. Epreuves écrites (1re division) : *Col de la vessie et tumeurs de la vessie* : — (2e division) : *périoste et ostéomyélite phlegmoneuse diffuse.* — Epreuves orales : *Rétrécissement*

(1) Pour le concours de 1892, voir n° 43 et 44 et tous ceux qui suivront.

(2) Voir pour les questions données aux précédents concours les *Numéros des Etudiants* de 1883 à 1887.

(1) Les questions de 1892 seront publiées dans les numéros suivants du *Progrès médical*.

de l'artère pulmonaire (1[re] division); — *Symptômes et diagnostic des kystes de l'ovaire; bronchite capillaire* (2[e] division). — Concours de 1886. Epreuves écrites (1[re] division): *Structure des veines; Phlébite*. — (2[e] division): *Conformation extérieure et rapports du foie; Kyste du foie*. — Epreuves orales: *Luxation traumatique de la hanche; Rhumatisme cérébral* (1[re] division). — *Mal de Pott sous-occipital*; — *Causes, signes et marche de la paralysie faciale* (2[e] division).

L'année suivante le concours de la première division a été supprimé. Concours de 1887: Les internes de 4[e] année seulement ayant pris part à ce concours qui était facultatif). Epreuve écrite: *Pylore; dilatation de l'estomac*. Epreuve orale; *De l'hématocèle vaginale*.

A partir de 1888, le *Concours des Prix de l'Internat* est dédoublé (voir Bulletin du *Numéro des Etudiants*, 1887 et *Progrès méd.*, 1888, 1[re] sem., p. 89.) en deux concours portant les noms de *Concours de la médaille d'or pour la médecine* et *Concours de la médaille d'or pour la chirurgie* ou de *Concours des Bourses de voyages*. Désormais il y a donc deux concours, un pour les *internes en chirurgie* de 4[e] année, l'autre pour les *internes en médecine* de 4[e] année. Ces deux concours, pour 1888, ont eu lieu en décembre. Voici des questions qui ont été posées en 1891. *Section de médecine*: Question écrite: *Des artérites cérébrales*; question orale: *Oreillons*. — *Section de Chirurgie*; Question écrite: *Œsophage* (Anat. et Phys.); *rétrécissement non cancéreux de l'œsophage*.

En dehors de ces prix, il en existe certains autres dus à des fondations, et dont la plupart sont accordés à celui qui est arrivé premier lors du concours de l'internat. Ces prix sont les suivants. *Prix Arnat*: Livres et instruments donnés au premier externe nommé au concours. Valeur 450 fr. — *Prix Dusol*: Donné au premier interne nommé au concours. Valeur 300 fr. — *Prix Godard*: Boite ou trousse d'instruments au premier interne nommé au concours. Valeur 200 fr. — *Prix Barbier*: Au premier interne nommé au concours sous la condition qu'il sera attaché au service chirurgical de la Charité. Valeur 1250 fr. environ. — *Prix Burlaud*: Donné à l'un des trois internes reçus 5[e], 6[e] ou 7[e] au concours et qui sera désigné par le sort. Valeur 500 fr. (payables par trimestres; d'ordinaire, les trois élèves partagent le prix). — *Prix Civiale*: Prix biennal de 1000 fr., à l'interne, titulaire ou provisoire, auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires.

Les renseignements qui précèdent montrent combien l'*externat* et surtout l'*internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Voici les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — Avant 1882: 1[re] et 2[e] années, 500 fr.; 3[e] année, 600 fr.; 4[e] année, 700 fr. Depuis le 1[er] janvier 1882, à la suite d'une proposition de M Bourneville, adoptée par le Conseil municipal, les indemnités sont les suivantes: 1[re] année, 600 fr.; 2[e] année, 700 fr.; 3[e] année, 800 fr.; 4[e] année, 1,000 fr. — Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 600 fr. — Le nombre des places vacantes est d'ordinaire de 45 à 50; celui des candidats de 400 environ; celui des copies remises de 300 environ.

Externes. — 1° Dans les hôpitaux dits du *centre*: Charité, Clinique, Hôtel-Dieu, Pitié. les externes ne reçoivent aucune indemnité; — 2° Dans les hôpitaux *semi-excentriques*, comme Necker. les Enfants-Malades, Cochin, etc.; les externes touchent par service 300 fr. par an: — 3° Dans les hôpitaux *excentriques* (Beaujon, Lariboisière. Saint-Antoine, Trousseau et Saint-Louis, etc., les externes ont une indemnité de un franc par jour. — A la Maison de Santé, les externes ont collectivement par service 300 fr. par an et, de plus, une indemnité individuelle de 300 fr. — Enfin, à Tenon, à Bichat, etc., les externes. vu la grande distance de l'hôpital, touchent exceptionnement, comme nous l'avons dit, une indemnité de 50 fr. par mois.

Société de médecine du Loiret. — Cette Société, créée il y a quelques années, vient de faire paraitre un bulletin semestriel où seront insérés les principaux travaux de ses membres. Elle est dirigée par MM. les D[rs] Chipault, Pilate, Barrieux, Geffrier et Patay, d'Orléans. et compte déjà un grand nombre d'adhérents. Nous ne saurions trop féliciter les médecins du Loiret de cette heureuse création destinée à faire connaître au public médical les travaux intéressants de ses membres distingués.

Asiles d'aliénés de la Seine.

En raison de l'importance de l'assistance publique à Paris, de la distribution des secours de toute nature, du nombre des établissements hospitaliers, il a été nécessaire de créer une Administration spéciale. En 1849 une loi a confié à cette Administration le service des Enfants assistés et des Aliénés. Mais en 1873, l'Administration de l'Assistance publique, qui était très impopulaire, s'est vu enlever le service des Aliénés. Il s'en suit que, aujourd'hui, il existe à Paris deux Administrations de l'Assistance publique, l'une siégeant avenue Victoria, et une autre, limitée au service des aliénés, siégeant à la Préfecture de la Seine. Il en résulte, à tous les égards, de nombreux inconvénients. Les dépenses sont plus considérables et tendent à s'accroître chaque année; on a créé un nouveau Corps médical, un autre groupe d'internes, etc. De là, des tiraillements de toute sorte, des fausses manœuvres, des pertes de temps. Il serait vivement à désirer que tous les services relatifs à l'Assistance publique fussent réunis en un seul groupe.

En attendant la réalisation de cette réforme si désirable, nous croyons utile de donner les conditions relatives à l'*internat des asiles*. Depuis 1879, les places d'internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine sont données au concours.

L'Internat en médecine des Asiles.

Le Concours de l'Internat. — Peuvent prendre part au concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de 30 ans révolus le jour de l'ouverture du concours et pourvus au moins de huit inscriptions, prises dans les Facultés. Les candidats devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine (Bureau des aliénés), annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau. Chaque candidat devra produire les pièces ci-après: 1° Un acte de naissance; 2° Un extrait du casier judiciaire; 3° Un *certificat de revaccination* (1); 4° Un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune ou le commissaire de police de son quartier; 5° Un certificat constatant qu'il est pourvu de 8 inscriptions en médecine.

Epreuves. — Epreuve d'admissibilité: 1° Une épreuve écrite de trois heures, sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire, si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Epreuve définitive: 2° Une épreuve orale de quinze minutes, sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. — Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit: Pour l'épreuve écrite, 30 points; pour l'épreuve orale, 20 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le Jury. Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury, avant l'ouverture de chaque séance.

Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort, à l'ouverture de chaque séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale). Les premiers reçus au concours sont nommés internes titulaires. La durée de leurs fonctions est de trois ans.

Il est nommé, à la suite du Concours et dans l'ordre de mérite, *des internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement*. — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1[er] février. — Les internes provisoires pourront se représenter au Concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. — L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

Questions posées. — Voici les questions écrites et orales données aux concours de 1883 à 1892, afin de donner aux futurs concurrents une idée de la nature des épreuves.

Questions écrites. — C. de 1883: *Cordon postérieur de la moelle* (anatomie et physiologie). — C. de 1884: *Nerf récurrent* (anatomie et physiologie). — C. de 1885: *Racines des nerfs rachidiens*. — C. de 1886: *Artères de l'encéphale; circulation cérébrale*. — C. de 1887: *Pneumogastrique* (anat. et physiologie). — C. de 1888: *Cordons postérieurs de la moelle* (anat. et physiol. — C. de 1889: *Pie-mère; liquide céphalo-rachidien* (anat. et physiologie). — C. de 1890: *Nerf hypoglosse* (anat. et physiologie). — C. de 1891: *Lobes frontaux et pariétaux du cerveau* (anat. et physiologie).

(1) Nous avons enfin obtenu gain de cause sur ce point, comme nous l'avons déjà obtenu, non sans peine, pour le concours de l'internat des hôpitaux, il ne devrait pas y avoir de décès par la variole dans les hôpitaux. Le ministre de l'instruction publique a enfin prescrit la revaccination de tous les étudiants en médecine; cette mesure devrait être appliquée à tous les étudiants à l'entrée de toutes les Facultés.

[illegible] — [illegible] du cancer de l'estomac; — [illegible] des jambes; — Des [illegible] de la plèvre; — Des hydarthroses du genou; — [illegible] et complications de la fièvre [illegible]. — Des [illegible]. — Concours de 1886 : Symptômes et marche de [illegible]; anthrax; — [illegible] de la phtisie [illegible]; — [illegible] Signes et diagnostic de la [illegible]. — [illegible]. — Concours de 1887 : [illegible] — Signes et diagnostic [illegible] — [illegible] du pneumothorax; [illegible] — [illegible] Luxation de l'épaule [illegible]. — Fracture compliquée de la jambe, [illegible] Signes et diagnostic [illegible] laire aigu [illegible] (symptômes et complications); [illegible] — [illegible] diagnostic de [illegible] de la hernie étranglée. — [illegible]; fracture du col du fémur; — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde; Symptômes et diagnostic des anévrismes externes. — Signes et diagnostic de la pleurésie purulente; Plaies de [illegible] poitrine. — [illegible] Pneumonie du sommet; panaris. — Concours de 1891 : Symptômes et diagnostic de l'endocardite [illegible]. Symptômes et diagnostic de la fracture du col du fémur. — Complications de la scarlatine; Symptômes et diagnostic du mal de Pott. — Symptômes et diagnostic de l'urémie; Diagnostic des fractures de la base du crâne. — Symptômes et diagnostic de la [illegible]; Abcès rétro-pharyngiens (1).

Concours pour 1892. Le lundi [illegible] 1892, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture [illegible] l'Hotel de Ville, 2, rue Lobau, [illegible] pour la nomination aux places d'interne [illegible] 1er janvier 1893 dans les asiles publics [illegible] clinique (Sainte-Anne), Ville-Evrard, Vaucluse et Villejuif et [illegible] l'infirmerie spéciale des aliénés [illegible] la Préfecture de police. Les candidats qui désirent [illegible] concours devront se faire inscrire à la Préfecture [illegible] (Bureau des aliénés), annexe Est de l'Hotel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches exceptés, de *onze heures à quatre heures*, depuis le 10 novembre jusqu'au samedi [illegible] 1892, inclusivement.

L'Internat des asiles. — Les avantages [illegible] attachés à la situation d'interne dans les asiles [illegible] comportent le logement, le chauffage, [illegible], et un traitement fixe et annuel de 800 francs [illegible] qui est porté à 1.100 francs, [illegible] dans les asiles extra-muros de [illegible] Villejuif.

Les internes de [illegible] la Préfecture de police [illegible] ont droit, [illegible] n'ont pas droit à la nourriture.

La répartition des [illegible] fait, d'après l'ordre [illegible] 1er février seulement de [illegible] à presque tous les [illegible] moins 1 année sur [illegible] ou de celui de Villejuif [illegible] peut rester plus de [illegible] titulaire est autorisé [illegible] nomination.

Médaille d'or de [illegible]. — [illegible] ce journal, qui demande en vain [illegible] des asiles soient [illegible] Assistance publique [illegible] au Corps de l'internat des hôpitaux, a [illegible] de la médaille d'or, [illegible] avantages [illegible] soins scientifiques de notre [illegible] avantages matériels, [illegible] remplacés par une *bourse de voyage* [illegible] a fait [illegible] qui a émis un avis favorable [illegible] l'on trouvera tout au long [illegible] p. 337. Les concours [illegible] premier concours, le [illegible] bourse avec 82 points, [illegible] — [illegible] novembre 1888 M. [illegible] la bourse avec 8[illegible] points [illegible] 18[illegible]; M. le Dr [illegible] quatrième concours a eu lieu [illegible]

(1) On trouvera les [illegible] dans le [illegible] 1882.

la bourse avec 89 points. Le [illegible] concours a eu lieu le 3 novembre 1890. M. Marie a obtenu la bourse avec 96 points. — Voici les questions du concours de 1890 : *Nerf moteur oculaire commun* (anatomie, physiologie et pathologie [illegible]). — Epreuve clinique : *Interrogatoire et examen d'une malade.*

Malheureusement, les crédits relatifs à la bourse de voyage ont été supprimés par le Conseil général, dans sa séance du 27 décembre 1891.

L'Internat en pharmacie des Asiles.

Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1893 dans les Asiles publics d'Aliénés du département de la Seine (Asile Clinique, Asile de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif). — Le lundi 5 décembre 1892, à une heure précise, il sera ouvert, à l'Asile Clinique, rue Cabanis, no 1, à Paris, un Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1893 dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à quatre heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 31 octobre, au samedi 19 novembre 1892, inclusivement.

Personnel des Asiles d'aliénés de la Seine.

I.— ASILE-CLINIQUE (SAINTE-ANNE), 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques, 940 lits. L'Asile-Clinique relève directement de la Préfecture de la Seine et ne dépend pas de l'Administration de l'Assistance publique. — *Directeur* ; M. le Dr TAULE; *Médecins, chefs de service*: MM. BOUCHEREAU et DUBUISSON service de l'asile femmes et hommes); M. MAGNAN service de l'admission. — *Pharmacien en chef*: M. le Dr QUESNEVILLE, agrégé à l'École de pharmacie. — *Médecin adjoint* : M. DAGONET fils, chargé du service des bains externes.

La *clinique des maladies mentales* est installée à l'asile, sous la direction de M. le professeur BALL, assisté de M. le Dr PACTET, chef de clinique responsable du service, conformément aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838. Chef de laboratoire, M. le Dr KLIPPEL. — M. MAGNAN fait également à Sainte-Anne des leçons de clinique mentale.

L'organisation officielle du service dentaire à l'Asile clinique, sous la direction de M. POINSOT, a été autorisée par délibération du Conseil général du 11 juillet 1887. Consultations gratuites tous les [illegible], à 10 heures, dans la salle des consultations externes.

[illegible] départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile-[illegible] Sainte-Anne) dixième année) — Les cours ont lieu du [illegible] novembre au mois de juillet, les lundis et vendredis, à [illegible] heure du soir, dans l'Amphithéâtre du service de l'admission. Ils commenceront le lundi 9 novembre, à 8 h. du soir.

Hygiène, professeur : M. le Dr DUBUISSON. — *Pansements et Appareils*, professeur : M. le Dr PICQUÉ. — *Physiologie*, professeur : M. le Dr VALLON. — *Anatomie*, professeur : M. le Dr PICHON. *[illegible]*, professeur : M. [illegible], pharmacien en chef de l'asile de Vaucluse. — *Administration*, professeur : M. le Dr TAULE. — Les personnes étrangères à l'établissement, qui désireront suivre ces cours gratuits, devront se faire inscrire tous les jours, de 10 h. à [illegible] heures, à la direction de l'Asile.

II. — ASILE DE VILLE-ÉVRARD (Seine-et-Oise), 1,000 lits. — *Directeur-[illegible]*: M. [illegible]. — *Médecins, chefs de service*: MM. les Drs [illegible] et MARANDON DE MONTYEL (division des [illegible]) ; *[illegible] en chef* : M. MOUREU.

[illegible], il existe un pensionnat qui est tout à fait [illegible] médecin en chef : M. le Dr LEGRAIN.

III. — ASILE DE VAUCLUSE, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise), 694 lits. — [illegible] M. le Dr BAUDARD, *médecins en chef*: M. le [illegible] et M. le Dr KERAVAL (hommes); *pharmacien en chef*: M. [illegible]. A l'asile de Vaucluse est annexée une *colonie* [illegible] et idiots. Elle peut contenir 116 lits. Cette colonie de Vaucluse est sous la direction du Dr BLIN, médecin [illegible] remplissant les fonctions de médecin chef de service. Un pensionnat pour des aliénés, au compte des familles, est en [illegible] dans une partie de l'asile.

IV. — ASILE DE VILLEJUIF [illegible], 1 [illegible] lits. — *Directeur-administrateur*: M. [illegible]. *Médecins, chef de service*: M. le Dr Marcel [illegible] et M. le Dr VALLON (division des hommes). *[illegible]*: MM. [illegible] et ROUILLARD. — *Pharmacien en chef*: M. [illegible].

Maison nationale de Charenton.

Médecins en chef : MM. les Drs CHRISTIAN et RITTI. Chirurgien : M. le Dr [illegible]. — Les internes de cet établissement sont nommés par un concours spécial. (Voir les conditions *Progr. méd.*, no 27, p. [illegible].) — Le premier concours a eu lieu en 1886. Question [illegible] et physiol.) Epreuves orales : *Signes et [illegible] typhoïde; Diagnostic de la hernie inguinale*, [illegible] concours a eu lieu en mars 1887; le troisième concours

a eu lieu le 18 juin 1889. Trois candidats s'étaient fait inscrire, deux seulement se sont présentés. Question écrite : *Rétine* (anatomie et physiologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient : nerf crural ; dure-mère crânienne. Question orale : symptômes de la fièvre typhoïde ; fractures du péroné. Les autres questions étaient : ulcère rond de l'estomac, symptômes et diagnostic ; pansement des plaies ; symptômes de la pneumonie gauche aiguë ; panaris. — Un autre concours a eu lieu le 22 avril 1890. Cinq candidats s'étaient fait inscrire et se sont présentés ; trois ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Nerf cubital* (anatomie et physiologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient : dure-mère crânienne ; pneumogastrique. Question orale : symptômes et diagnostic de la rougeole, cathétérisme œsophagien. Les autres questions étaient : diagnostic de la pneumonie aiguë franche ; luxation du maxillaire inférieur ; étiologie de la fièvre typhoïde ; rétention d'urine.

Le dernier concours a eu lieu le 25 décembre 1891. Cinq candidats inscrits ; quatre ont subi les épreuves et ont été déclarés admissibles ; le concours a été remarquablement brillant. Question écrite : *Bulbe rachidien* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *nerf spinal*, et *nerfs de la langue*. — Question orale : *Pneumonie* ; *Hernie étranglée* (signes et diagnostic). Les autres questions étaient : *Signes et diagnostic de la colique hépatique ; Fracture du col du fémur ; Insuffisance mitrale ; Entorse.*

Un nouveau concours aura lieu le 5 décembre 1892. On trouvera chez le concierge de la Faculté de médecine et à la Maison nationale, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le progamme du concours.

Asiles de convalescence de Vincennes, Vacassy et du Vésinet (Asile).

A. de Vincennes (420 lits). — Directeur : M. Boiteux. Médecins ; MM. Du Mesnil et Bloch. 3 internes nommés au concours. Les candidats doivent avoir été externes des hôpitaux de Paris pendant une année au moins. Ils ne sont pas logés. Leur traitement est de 1,500 fr. la 1re année ; 1,600 fr. la 2e ; 1,700 fr. la 3e. Ils ont le déjeuner, le jour où ils ne sont pas de garde, moyennant une retenue de 20 fr. par mois.

A côté de l'asile de Vincennes se trouve l'*Asile Vacassy*, ouvert depuis 3 ans, en exécution d'un décret du 30 juin 1876, et au moyen du legs universel fait par M. Vacassy, « pour recevoir et hospitaliser, lorsqu'ils auront cessé d'être en traitement, des indigents ayant subi, *à Paris*, des accidents quelconques ayant entraîné, pour les victimes, une mutilation ou une infirmité les frappant de l'incapacité de subvenir, par leur travail, à leur existence » Trois dortoirs de 14 lits chacun sont organisés et occupés ; un quatrième dortoir, de 14 lits également, pourra probablement être ouvert, en 1893. La direction et le service médical sont confiés au personnel de l'asile de Vincennes.

A. du Vésinet. — Directeur : M. Cassiat ; — médecin *résident* M. Capmas ; — médecin-adjoint : M. Lelièvre de Chatou. — 400 lits : — Pas d'internes, en raison de la présence d'un médecin résident. Un quartier pour mères-nourrices.

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, rue Moreau, 13, près la Bastille. — Tous les jours, à midi et demi, consultations et opérations. A 1 heure, dans la salle annexe pansements des maladies contagieuses. Les conférences cliniques recommenceront le lundi 7 novembre et porteront sur toute l'ophtalmologie, ainsi réparties : Le lundi, à 2 heures, Dr Kalt : *Maladies de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique et de l'iris ; Glaucome.* Le jeudi à 2 heures, Dr Valude : *Réfraction, choix des verres, examen fonctionnel de l'œil.* Le vendredi, à 2 heures, Dr Trousseau ; *Maladies de l'orbite, des paupières, des muscles et des voies lacrymales.* Le samedi, à 2 heures, Dr Chevallereau : *Cataractes ; Maladies des membranes profondes de l'œil.* Le mardi à 2 heures. *Présentation et discussion de malades par les médecins de la clinique.* Le 1er et le 3e mardi de chaque mois, de midi à 1 heure à partir du 1er *décembre*, Dr Dubief : *Conférences d'anatomie normale et pathologique.* Sujet des conférences : *Anatomie normale des diverses membranes composant le globe de l'œil ; technique à suivre pour l'examen histologique de l'organe de la vision.*

Nous n'avons jamais cessé de réclamer ici l'organisation d'un *concours unique* pour le recrutement des *internes* de tous les établissements hospitaliers municipaux, départementaux et [illegible] qui existent à Paris et dans le département de la Seine. Les concours *spéciaux* à l'entrée pour ainsi dire de la carrière médicale nous ont toujours paru déplorables : il y a donc là une question scientifique de premier ordre. En second lieu, l'émulation serait plus grande et l'on ne créerait pas, dès le début, des rivalités et des jalousies....., qui ne se produisent que trop souvent lorsqu'il s'agit des concours pour les places de chefs de service. Enfin, il y aurait économie de temps, économie de jurys, et moins de dépenses pour les contribuables. Espérons qu'il y aura un jour des administrateurs suffisamment éclairés et indépendants pour réaliser cette réforme.

Enseignement clinique dans les hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Thérapeutique infantile.* M. le Dr Jules Simon recommencera son cours de thérapeutique le mercredi 16 novembre à 9 heures, et le continuera tous les mercredis. Consultation clinique le samedi. — *Chirurgie des enfants et Orthopédie.* M. le Dr de Saint-Germain recommencera ses conférences cliniques en février 1893, à 9 heures. Consultations tous les jours. Opérations le jeudi. — *Clinique médicale.* M. le Dr A. Ollivier, agrégé de la Faculté, recommencera les conférences cliniques le lundi 22 novembre à 9 h. 1/2 et les continuera les lundis suivants à la même heure. Lundi : Leçon à l'amphithéâtre. Vendredi : Leçon au lit du malade. Jeudi : Consultation publique. Mardi : Consultation supplémentaire (salle Bazin), maladies du cuir chevelu et autres maladies de la peau. Vendredi : Consultation supplémentaire (même salle), médecine générale infantile. Samedi : Consultation supplémentaire (salle Gillette), maladies du système nerveux. — *Clinique médicale.* — M. le Pr Grancher commencera son cours le samedi 7 nov., et le continuera les mardis et samedis à 4 h. du soir. M. Déjerine, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre, fait dans le service de M. Grancher des Conférences sur les maladies du système nerveux, les jeudis à 4 heures. 1re Conférence le jeudi 12 novembre. M. le Dr Hermet : Maladies des oreilles, les jeudis à 10 h. M. le Dr Feulard, ancien chef de clinique de la Faculté : Maladies de la peau, les mercredis à 10 h.

Hôpital Cochin. — *Clinique thérapeutique.* M. le Dr Dujardin-Beaumetz fait pendant le *semestre d'hiver* des démonstrations cliniques au lit du malade tous les jours, à 9 h. 1/2. A son service est annexé un laboratoire de pharmacodynamie dirigé par M. le Dr Bardet où les élèves qui préparent des thèses de thérapeutique peuvent faire des travaux. Le Dr Dubief dirige le laboratoire de bactériologie et d'anatomie pathologique. Enfin M. Egasse s'occupe de la pharmacologie et de la matière médicale. De plus trois services sont adjoints à la clinique. L'un est un service de massothérapie fait par le Dr Hirschberg et qui a lieu tous les lundis, mercredis et vendredis. L'autre est un service de laryngologie et d'otologie fait par le Dr Hirschfeld les lundis, mardis et vendredis. Enfin un service d'électrothérapie dirigé par le Dr Jordanis, les mardis, jeudis et samedis. Pour le semestre d'été, des cours ont lieu tous les jours, à partir de 10 h. 1/2 ; ils sont faits par le chef de service, les chefs du laboratoire et des médecins du Bureau central.

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchements* (Enseignement obstétrical clinique et théorique 1892-1893). *Enseignement clinique.* M. le Dr P. Budin, chef de service, tous les jours à 9 h. Mardi, jeudi, samedi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, à 10 h. 1/2, leçon clinique à l'amphithéâtre. Les élèves seront dirigés dans la pratique des accouchements par des moniteurs. *Enseignement théorique et manœuvres opératoires.* M. le Dr Bonnaire, accoucheur des hôpitaux, leçons mardi, jeudi et samedi, à 5 h. du soir. *Conférences* par M. le Dr Lebas, chef du laboratoire du service. Chaque période d'enseignement complet durera deux mois et demi environ. — A partir du 1er décembre, M. le Dr Luys fera, chaque semaine, le jeudi, une conférence sur les *maladies du système nerveux et leur traitement par les nouvelles méthodes dérivées de l'hypnotisme.*

Hospice de la Salpêtrière. — *Conférences cliniques sur les maladies mentales et leur thérapeutique.* M. Auguste Voisin fera un cours le dimanche à la Salpêtrière au mois de mai 1893. M. J. Séglas, pendant le semestre d'été, fera chaque semaine une conférence sur la *séméiologie des maladies mentales.* — *Conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales* : MM. A. Joffroy et Jules Voisin. Ces cours ont lieu tous les jeudis de décembre à mai. — *Clinique chirurgicale.* M. le Dr Terrillon fera, pendant l'été, des leçons cliniques sur les affections chirurgicales et tumeurs de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, les mercredis à 10 h., à la Salpêtrière. Opérations le samedi pendant toute l'année.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Ernest Besnier, *Salles Albert et Devergie*, à 9 h. Mardi, opérations dermatologiques, traitement des lupus, des acnés, les épithéliomes bénins, nævi [illegible] etc. *Laboratoire* Albert. Mercredi, traitement et [illegible] des affections parasitaires de la peau, tricophyties, etc. ; favus, pelades, alopécies et affections du cuir chevelu de tout ordre. *Laboratoire* Albert. Vendredi, consultation clinique, 38, rue Bichat.

— *Maladies de la peau.* M. le Dr QUINQUAUD fait chaque année un cours complet de Dermatologie et de Syphiligraphie pendant les mois d'avril, de mai et de juin, à 5 heures du soir. Consultation le mardi. Salle Cazenave (H.), Salle Gibert (F.).

Hôpital Necker. — M. le Dr HORTELOUP, service spécial des maladies des voies urinaires. Semestre d'hiver. Le lundi, à 9 h. 1/2, opérations au Pavillon Nélaton ; à 9 h., visite des malades, salle Civiale.

Hôpital Trousseau. — M. le Dr LEGROUX, agrégé, fera tous les mercredis, à 3 h. 1/2, salles Blache et Barrier, des conférences cliniques. Visite le matin à 9 heures. Consultations les lundis et jeudis. — M. SEVESTRE, conférences cliniques au lit du malade et examen des malades nouveaux les mercredis et samedis. Consultation les mardis et vendredis. — Leçons cliniques à l'amphithéâtre dans le semestre d'été.

Hospice de Bicêtre. — Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux : M. DÉJERINE, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER. Mercredi, à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE. Samedi, à 9 h.

Hôpital Broussais, 96, rue Didot. — M. le Dr BARTH commencera le vendredi 4 novembre, à 10 heures, une série de conférences de séméiotique élémentaire et de propédeutique médicale, à l'usage des élèves qui commencent à fréquenter les hôpitaux ; il les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. — Les autres jours, les élèves seront exercés à l'examen des malades. — Le nombre des auditeurs étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

Hôpital St-Antoine. — M. le Dr MERKLEN, salles Axenfeld, Roux, et Corvisart. Visite à 9 h. 1/4. Consultation le samedi. Dimanche et lundi : Examen des nouveaux malades. Lecture des observations et discussion des diagnostics. Conférences cliniques au lit du malade.

Hôpital de la Pitié.— Accouchements.— M. MAYGRIER. Visite tous les jours à 9 h. Consultation tous les jours, le dimanche excepté. Lecture des observations et interrogatoire des élèves les lundi, mercredi et vendredi. Exercices opératoires sur le mannequin. — Les étudiants qui désirent faire des accouchements doivent se faire inscrire dans le service, qu'ils s'engageront à suivre à l'exclusion de tout autre. Ils seront mis en séries pour l'examen des femmes enceintes et en travail, et pour la pratique des accouchements. — M. le Dr V. AUDHOUI reprendra, comme d'habitude, son enseignement clinique dans la seconde quinzaine de novembre. — Le mercredi sera plus spécialement consacré à l'étude de l'Hydrologie médicale et des maladies de l'estomac.

Hôpital Lariboisière. — M. GOUGUENHEIM : Clinique des maladies du larynx et du nez, mardi, jeudi et samedi à 9 heures. A partir de décembre, conférences cliniques le dimanche à 10 h., et d'autres jours qui seront ultérieurement désignés. — Objet du cours : démonstrations cliniques et anatomo-pathologiques, médecine opératoire du larynx et du nez.

Asile Sainte-Anne. — M. MAGNAN ne reprendra ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses et mentales* qu'au mois de janvier, dans l'Amphithéâtre de l'Admission.

Tous les renseignements que nous avons groupés sous le titre général HÔPITAUX, montrent d'une façon évidente combien il est facile de créer, à Paris, une ÉCOLE MUNICIPALE DE MÉDECINE à côté de la Faculté de médecine de l'État, qui, elle, pourrait être organisée en quelque sorte en FACULTÉ SUPÉRIEURE DE MÉDECINE. La Ville de Paris et l'Administration de l'Assistance publique possèdent, en effet, un personnel considérable et instruit pour l'enseignement (médecins, chirurgiens, aliénistes, accoucheurs, pharmaciens, prosecteurs, etc.) ; — un amphithéâtre d'anatomie, des musées, des laboratoires et les cliniques les plus riches du monde. Si M. le Dr Peyron, directeur de l'Assistance publique, veut bien faciliter cette organisation, il rendra un service de premier ordre à notre pays.

ÉCOLE ANNEXE DE MÉDECINE NAVALE DE ROCHEFORT. — Sont nommés étudiants en médecine à ladite École : MM. B[illegible]eaud, Bri[illegible]on, Drouillard, Brunet, Chagnoleau, Che[illegible], C[illegible], Damond, Damotte, Dasque, Dorizon, Gabrielle, Grandichea[illegible], Guillon, Lagrifle, [illegible], Lartigue, Lemelle, Lemoine, Lewitz, Ma[illegible]ry, Mayer, Meissan, Mic[illegible]aque, No[illegible]vat, Ore, Pa[illegible], Pro[illegible], Prouvost, Pujol, Robilliard, Servel, Thomas-Derevoye, Vayssé, Vincent, Régnier, Sacaze-Badie, Roussel.

POLICLINIQUE DE PARIS.

Subventionnée par la Ville de Paris et le département de la Seine.

(28, rue Mazarine, 28).

L'enseignement clinique soit général, soit spécial de nos hôpitaux, surtout le jour où une organisation bien entendue ne laissera perdre aucun des matériaux qui s'y rencontrent à profusion, formera toujours une source inépuisable pour l'instruction médicale des élèves. L'étudiant doit donc aller à l'hôpital et y aller assidûment.

Mais en dehors et à côté des hôpitaux, comme complément des leçons au lit du malade, l'étudiant peut tirer un grand profit de l'étude des malades externes, non hospitalisés, partie du programme trop négligée dans nos établissements nosocomiaux. Cet enseignement a pris à l'étranger un développement qui en indique l'importance. Annexées aux hôpitaux, répondant à nos consultations, mais sous la direction d'un chef de service absolument distinct, ou bien complètement isolées, les Policliniques étrangères, les ambulatoria russes mettent à contribution cette riche moisson de faits et de documents fournis par les seuls malades de la consultation externe, au plus grand bien des intérêts de la science et des étudiants.

En France, jusqu'ici, sauf quelques cliniques spéciales, ce genre d'institution manquait totalement ; la Policlinique de Paris, qui s'est fondée il y a trois ans, 28, rue Mazarine, a pris à tâche de combler cette lacune et d'utiliser les malades de la ville pour l'instruction professionnelle, soit générale, soit surtout spéciale.

Nous ne pouvons qu'applaudir à cette tentative qu'on pourrait qualifier de hardie, dans ce pays où règne en maîtresse dame routine, et nous ne saurions trop encourager les efforts de nos confrères. Nous pensons que les étudiants ne manqueront pas de profiter de cette nouvelle source d'enseignement.

Depuis sa création, environ trois cents élèves ont passé dans les différentes cliniques ; les inscriptions étaient plus nombreuses, mais la plupart des élèves fréquentaient plusieurs cliniques.

Un certain nombre de thèses faites avec des matériaux puisés à ces consultations ont été passées cette année à la Faculté de médecine de Paris.

Tous ces résultats, encore minimes, n'en sont pas moins de bon augure pour une institution bien modestement installée et un peu trop à l'étroit dans sa vieille maison de la rue Mazarine.

Les divers services, dirigés chacun par un médecin, avec l'aide d'un assistant, d'un chef et d'aides de clinique, permettent de fournir un enseignement essentiellement pratique dans les différentes branches de la médecine et la chirurgie.

Le but poursuivi est de faire une série de leçons de choses en faisant examiner directement les malades par les élèves.

Dans un autre ordre d'idées, la Policlinique ouvre une voie nouvelle à ceux de nos collègues qui, au sortir des hopitaux et en attendant des concours ultérieurs, restent souvent et forcément dans une inaction fâcheuse, parce qu'ils n'ont plus en main aucun des matériaux que l'expérience acquise leur permettrait de mettre en œuvre.

Ajoutons que depuis un an, la Policlinique de Paris, sous les auspices de la Municipalité, a annexé à ses services un Dispensaire scolaire où les enfants des écoles publiques et libres du VIe arrondissement reçoivent des soins médicaux et chirurgicaux. Ce Dispensaire amène à la Policlinique un grand nombre de petits malades dont l'examen sera très profitable aux élèves désireux de se livrer spécialement à l'étude si importante de la clinique infantile.

Consultations : *Médecine générale* (adultes) maladies des reins, du foie et du tube digestif) : M. le Dr BOUISSON, lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. du soir. — *Maladies de poitrine* : M. le Dr ARTHAUD, vendredi et dimanche, à 9 h. du matin ; mardi, 7 h. du soir. — *Maladies nerveuses* : M. le Dr ARTHAUD, dimanche, à 9 h. du matin. — *Maladies mentales* : M. le Dr M. LEGRAIN, vendredi, à 4 h. du soir. — *Maladies des enfants, vaccination* : M. le Dr H. GILLET, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. du soir. — *Maladies de la peau et syphilis* : M. le Dr BUTTE, lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. du soir. — *Chirurgie* : M. le Dr P. BRAINE, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. 1/2 du soir. — *Gynécologie, accouchements* : M. le Dr Ad. OLIVIER, mardi, jeudi, samedi, à 3 h. — *Maladies de la gorge, des oreilles et du nez* : M. le Dr M. NATIER, mardi, samedi, à 5 h. du soir. — *Maladies des yeux, 1er service* : M. le Dr BACCHI, tous les jours (sauf vendredi), à 2 h. — *Maladies des yeux, service adjoint* : M. le Dr TSCHERNING, mardi, à 10 h. du matin ; jeudi, à 8 h. du soir ; samedi, à 10 h. du matin. — *Maladies de la bouche et des dents* : M. le Dr MOIROUD, lundi, vendredi, à 5 h.

Cours et Conférences.

Médecine générale (adultes) maladies des reins, du foie et du tube digestif) : M. le Dr BOUISSON. Conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. du soir. — *Maladies de poitrine* : M. le Dr ARTHAUD, Conférences théoriques et cours pratiques sur

les affections tuberculeuses, mardi soir, à 8 heures. — *Maladies mentales* : M. le Dr M. LEGRAIN. Conférences théoriques et pratiques sur les maladies nerveuses et mentales, dimanche, à 9 heures. — *Maladies des enfants, vaccination* : M. le Dr H. GILLET. Conférences cliniques, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. du soir ; vaccination, jeudi. — *Maladies de la peau et syphilis* : M. le Dr BUTTE. Leçons cliniques et thérapeutiques sur les affections cutanées, lundi, à 6 h. du soir. Opérations dermatologiques, mercredi, à 5 h. 1/2 du soir. — *Chirurgie* : M. le Dr P. BRAINE. Opérations, cours clinique, vendredi, à 9 h. du matin. — *Gynécologie, accouchements* : M. le Dr Ad. OLIVIER. Opérations gynécologiques, mardi, jeudi, samedi, à 3 h. Cours pour les sages-femmes, cours de gynécologie opératoire complet en un mois avec la collaboration des Drs Vulliet et Lutaud (seront annoncés spécialement). — *Maladies de la gorge, des oreilles et du nez* : M. le Dr M. NATIER. Clinique et opérations, mardi et samedi, à 5 h. — *Maladies des yeux, 1er service* : M. le Dr BACCHI. Opérations, lundi, à 2 h. Conférences cliniques, mercredi, à 2 h.; exercices ophthalmoscopiques, samedi, à 2 h. — *Maladies des yeux, service adjoint* : M. le Dr TSCHERNING. Conférences et exercices pratiques, jeudi, à 8 h. du soir.

Les différents services de la Policlinique de Paris, 28, rue Mazarine, permettent de donner l'enseignement essentiellement pratique et complet sur toutes les branches de la médecine et de la chirurgie. Les élèves sont exercés individuellement à l'examen et au traitement des malades, au maniement des instruments ; ils peuvent suivre les malades qui fréquentent les consultations et vont visiter avec le médecin du service en ville les indigents qui sont forcés de rester chez eux. Ils assistent les chirurgiens dans les opérations qu'ils pratiquent au domicile de ces malades. Un laboratoire de recherches et une bibliothèque sont mis à leur disposition.

La Société médicale de la Policlinique se réunit durant l'année scolaire tous les seconds mardis du mois, à 5 heures, au siège de l'Association, 28, rue Mazarine.

Tous les travaux provenant de la Policlinique sont publiés dans les *Annales de la Policlinique de Paris* et le journal l'*Assistance*, paraissant tous les mois.

La Policlinique de Paris a également fondé au commencement de l'année 1891, sur le rapport de notre collaborateur M. Rousselet, une *Ecole d'ambulancières et d'ambulanciers*, qui donne régulièrement des cours publics sur les notions élémentaires d'anatomie, de physiologie, pansements, histoire hospitalière, etc. Deux nouvelles écoles analogues ont été créés l'année dernière dans les IXe et XIVe arrondissements. Cette année, d'autres arrondissements seront dotés d'écoles du même genre. Une affiche ultérieure fera connaître les jours et heures de ces cours qui auront lieu cette année, au siège de la Policlinique, et dans les mairies des divers arrondissements. Pour les renseignements s'adresser à M. Albin ROUSSELET, administrateur des Ecoles, 28, rue Mazarine. Voici la liste des cours professés :

Anatomie, Mme le Dr EDWARDS PILLIET. — *Pansements et premiers soins aux blessés*, M. PLOQUIN. — *Hygiène*, M. le Dr LÉDÉ. — *Physiologie*, M. le Dr RODRIGUEZ. — *Pharmacie*, M. le Dr MARÉCHAL. — *Soins aux accouchées et aux nouveaux-nés*, M. le Dr OLIVIER. — *Histoire hospitalière*, M. ROUSSELET.

Les inscriptions aux cours sont reçues à la Policlinique. Il existe également au siège de l'administration une liste des gardes-malades diplômées des hôpitaux et de la Policlinique qui désirent soigner les malades en ville.

Manuel de technique des autopsies.

Par MM. BOURNEVILLE et BRICON. Librairie du *Progrès médical*. — Prix: broché, 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr. ; relié, 3 fr. et 2 fr. 50

« MM. Bourneville et Bricon ont eu l'excellente idée de publier un *Manuel de technique des autopsies*, clair, concis, bien fait, renfermant tout ce qui est nécessaire pour guider un étudiant, un externe ou interne, ou un médecin des hôpitaux, dans la pratique des nécropsies. C'est un vade-mecum indispensable de la salle d'autopsie, car, là, rien ne doit être laissé à l'imagination. . . . .

« Le manuel de MM. Bourneville et Bricon vient donc bien à son heure; il est de la plus grande utilité pour tous ceux qui veulent apprendre la technique des autopsies. Il suit presque partout les indications formulées par Wirchow ; mais, chemin faisant, il indique aussi quelques-uns des procédés de l'Ecole de Vienne et, à propos du cerveau, il donne les méthodes de section de M. Pitres. » (*Journ. des connaissances méd.*).

V. CORNIL.

CLINIQUE FRANÇAISE.

(30, rue d'Assas et 76, rue de Vaugirard).

La Clinique française a été fondée dans le but de donner des soins gratuits à tous les indigents, sans distinction de nationalité, et de grouper en même temps, dans un même local, les diverses Cliniques générales et spéciales, afin de faciliter aux élèves et aux médecins l'étude ou la révision rapides de la technique et la pratique des différentes branches de l'art de guérir.

Un certain nombre de lits sont mis à la disposition des malades atteints d'affections chirurgicales. Des lits sont également réservés aux femmes en couches.

Les élèves sont admis aux consultations et appelés à tenir lieu d'aides aux chefs de service. A la Clinique sont annexés des laboratoires de chimie, d'histologie, de bactériologie, ainsi qu'un gymnase orthopédique. Un service de vaccination par le vaccin, pris directement sur la génisse, fonctionne régulièrement. De nombreuses opérations ayant trait aux maladies chirurgicales et orthopédiques, aux affections des yeux, des oreilles, du larynx, des voies urinaires, aux maladies des femmes et des enfants sont pratiquées journellement par les élèves attachés à la Clinique, ce qui permet de dire que la Clinique française est une véritable école de pratique médico-chirurgicale.

Consultations : *Médecine générale* : Mardi, à 5 heures, M. le Dr LORAIN ; jeudi et samedi, à 4 heures, M. le Dr LABURTHE ; mercredi, à 5 heures, M. le Dr Paul CORNET ; — *Maladies nerveuses et mentales* : Mardi, jeudi et samedi, à 4 heures, M. le Dr BRA. — *Maladies des enfants* : Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures, M. le Dr PIOGEY. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures, M. le Dr VERDIER. — *Chirurgie générale* : mardi, jeudi et samedi, à 3 heures, M. le Dr AUBEAU. — *Chirurgie des enfants et orthopédie* : Lundi, mercredi et vendredi, à 5 heures, M. le Dr BILHAUT. — *Maladies des yeux* : Tous les jours à 2 heures, M. le Dr JOCQS. — *Maladies du larynx, du nez et des oreilles* : Mardi, jeudi et samedi, à 4 heures, M. le Dr BARATOUX. — *Maladies des voies urinaires* : Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures, M. le Dr DUBUC. — *Maladies de la peau* : Lundi, mercredi et vendredi, à 3 heures, M. le Dr CHATELAIN. — *Maladies vénériennes* : Mardi, jeudi et samedi, à 1 heure, M. le Dr X.... — *Maladies des femmes* : Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures, M. le Dr X..... — *Massage gynécologique* : Mardi, jeudi et samedi, à 5 h., M. le Dr LEBLOND. — *Accouchements, maladies de la grossesse* : Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures, M. le Dr REY. — *Massage et hydrothérapie* : Mardi, jeudi et samedi, à 1 heure 1/2, M. le Dr DESCOURTIS. — *Electricité médicale* : Lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures, M. le Dr X.... — *Vaccination* : Le mercredi, à 4 heures, M. le Dr DOUCET. — *Maladies de la bouche et des dents* : Mardi, jeudi et samedi, à 9 heures du matin, MM. RONNET et HEIDÉ, professeurs de l'Ecole dentaire et MENG, chef de clinique à l'Ecole dentaire.

Cours et Conférences cliniques de la Clinique française.

(Semestre d'Hiver, 1re Série).

Les Cours de la Clinique française ont une durée de deux mois et sont repris quatre fois dans l'année. 1re série : Novembre et décembre ; 2e série : Janvier et février ; 3e série ; Mars et avril ; 4e série : Mai et juin. Pour ces cours, qui sont essentiellement pratiques, les élèves sont priés de s'inscrire au Secrétariat, tous les jours, de 9 heures du matin à 6 heures du soir. Pour tous les renseignements, s'adresser à M. le Dr GESTIN, ancien directeur du service de santé de la Marine, administrateur de la Clinique française.

Ophtalmologie : M. le Dr JOCQS commencera son cours le samedi 5 novembre, à 2 heures de l'après-midi, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. — *Dermatologie* ; M. le Dr CHATELAIN commencera son cours le samedi 5 novembre, à 1 heure, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — *Bactériologie* : M. le Dr MONIN commencera son cours le vendredi 11 novembre, à 2 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. — *Chimie médicale et biologique* : M. le Dr Paul CORNET commencera son cours le lundi 7 novembre, à 3 heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. — *Maladies des voies urinaires* : M. le Dr DUBUC commencera son cours le lundi 7 novembre, à 4 heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. — *Chirurgie des enfants et orthopédie* : M. le Dr BILHAUT commencera son cours le vendredi 4 novembre, à 5 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. — *Technique microscopique et diagnostic d'anatomie pathologique* : M. le Dr LATTEUX commencera son cours le vendredi 11 novembre, à 8 heures du soir et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Conférences sur les stations thermales et hivernales : Ce cours professé par les médecins de ces différentes stations commencera le lundi 21 novembre, à 5 heures du soir, et sera continué les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Syphiligraphie : M. le Dr X.... commencera son cours le jeudi 10 novembre, à 10 h. 1/2 du matin, et le continuera les samedis mardis et jeudis suivants à la même heure. — *Massage, hydrothérapie* : M. le Dr DESCOURTIS commencera son cours le jeudi 10 novembre, à 1 heure 1/2, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. — *Exercices pratiques d'auscultation* : M. le Dr X... exercera les élèves à la pratique de l'auscultation et de la percussion, tous les jeudis, à 2 heures, à partir du jeudi 17 novembre. — *Laryngologie, otologie et rhinologie* : M. le Dr BARATOUX commencera son cours le jeudi 10 novembre, à 4 h. 1/2, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. — *Hygiène* : M. le Dr DOUCET commencera son cours le mardi 8 novembre, à 3 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — *Chirurgie* : M. le Dr AUBEAU commencera son cours le jeudi 10 novembre, à 3 heures, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. — *Pathologie générale* : M. le Dr LABURTHE commencera son cours le jeudi 10 novembre, à 4 heures, et le continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure. — *Maladies nerveuses et mentales* : M. le Dr BRA commencera son cours le samedi 5 novembre, à 4 heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — *Gynécologie* : M. le Dr X..., commencera son cours le jeudi 10 novembre, à 3 heures, et le continuera les samedis, mardis et jeudi suivants à la même heure. — *Pathologie interne* : M. le Dr LORAIN commencera son cours le mardi 8 novembre, à 5 heures, et le continuera les mardis suivants à la même heure. — *Maladies des enfants* : M. le Dr E. PIOGEY commencera son cours le samedi 12 nov., à 5 h., et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — *Accouchements* : M. le Dr REY commencera son cours le mardi 8 novembre et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — *Massage gynécologique* : M. le Dr LEBLOND commencera son cours le samedi 12 novembre et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — *Maladies des dents* : MM. HEIDÉ, RONNET, professeurs et M. MENG, chef de clinique à l'Ecole dentaire, exerceront les élèves aux différentes opérations qui se pratiquent sur les dents, les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures du matin.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE.

Cours d'accouchements. — MM. les Drs BOISSARD, accoucheur des Hopitaux, et LEPAGE, ancien interne de la Maternité de Lariboisière, commenceront dans le courant du mois de décembre un cours théorique et pratique d'accouchements. Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours à la salle des Conférences de l'Association générale des Etudiants, 41, rue des Ecoles. (Un avis ultérieur donnera la date exacte de l'ouverture du Cours).

Gynécologie. — M. le Dr AUVARD, accoucheur des Hôpitaux, commencera le mardi 8 novembre un cours de *Gynécologie* (public et gratuit). Ce cours a lieu les mardi, jeudi et samedi, à 4 heures, 15, rue Malebranche. La durée est d'un mois et demi. Ce cours est permanent pendant toute l'année, sauf pendant les vacances en août et septembre. M. Auvard fait en outre un cours pratique, rétribué, auquel n'est admis qu'un nombre limité d'étudiants. Clinique privée, 15, rue Malebranche, près la rue Soufflot.

Electrothérapie et Gynécologie. — M. le Dr APOSTOLI fera un cours tous les mercredis à 3 heures, à l'Ecole pratique.

Clinique gynécologique et électrothérapique, 19, rue du Jour (aux Halles). — Tous les jeudis, à 4 heures, une leçon clinique avec examen de malades. — Consultations gratuites et publiques les mardis, jeudis et samedis, de 5 à 7 heures.

Gynécologie opératoire. — M. le Dr Ch. FOURNEL commencera le lundi 31 octobre 1892, à une heure, à sa clinique particulière, rue Sainte-Anne, 65, un cours gratuit, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. S'inscrire à la Clinique.

Cours de Gynécologie. — M. le Dr AUVARD commencera à sa Clinique, 15, rue Malebranche, un cours de Gynécologie, le mardi 8 novembre, à 4 h. 1/2, et le continuera les jeudi, samedi et mardi à la même heure. Ce Cours public et gratuit sera complet en 15 leçons

[illegible] Clinique des femmes. — M. le Dr [illegible], rue de Grenelle Saint-Germain, [illegible], du 1er novembre au 31 août de chaque année. Le jeudi à 9 h., leçon. A 10 heures : consultations. La première leçon aura lieu le jeudi 3 novembre. On s'inscrit tous les jours de 3 à 5 heures.

Maladies des Femmes. — M. le Dr CHÉRON, médecin de Saint-Lazare, recommencera ses leçons cliniques, à sa Clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 14 novembre, à 1 h. 1/2, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Bègues ; affections des organes de la voix. — Clinique de M. le Dr LAMARE, 46, rue de l'Arbre-Sec. Les étudiants et les docteurs peuvent examiner les malades et suivre leurs exercices pratiques.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx. — Clinique de M. le Dr BARATOUX, rue Saint-André-des-Arts, 33. Conférences sur le diagnostic et exercices pratiques pour les élèves, les mardis et samedis à 3 heures, à partir du 8 novembre.

Maladies des oreilles et du nez. — M. le Dr C. MIOT, 41, rue Saint-André-des-Arts. Leçons cliniques les lundis et mercredis, à midi. — Consultations les lundis, mardis, mercredis et vendredis.

Laryngologie. Otologie. — M. le Dr MADEUF, bi-licencié ès sciences, a créé depuis 1890 une clinique exclusivement pour l'enseignement pratique. Les élèves font eux-mêmes les *opérations* et les pansements du nez, du larynx, de la gorge et des oreilles. Ils peuvent se servir des malades pour s'exercer à l'ophtalmoscopie, 46, rue de l'Arbre-Sec. Lundi, vendredi, de 4 à 6 heures.

Otologie et Laryngologie. — M. le Dr LUC, ancien interne des hôpitaux, reprendra ses leçons sur les *Maladies des oreilles, du nez et du larynx*, à sa Clinique, 15, rue Malebranche, le dimanche 11 décembre, à 10 h. du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure et les jeudis à 5 heures. On peut dès maintenant s'inscrire, 15, rue Malebranche.

Maladies du larynx. — M. le Dr CASTEX, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra son cours sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, à sa Clinique, 52, rue Jacob, le jeudi 3 novembre, à 4 heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.—*Examen des malades et opérations* les mêmes jours, à partir de 2 h. 1/2. On s'inscrit 52, rue Jacob, les mardis, jeudis, samedis, de 2 h. 1/2 à 4 h. 1/2.

Otologie. — M. le Dr GELLÉ. Le samedi, à 9 heures, à la Salpêtrière, service de M. le Pr Charcot.

Cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie. — Le Dr Ch. FAUVEL a commencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continue les lundis et jeudis, à 10 heures. — Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée. M. le Dr BLANC, chef de clinique, est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr DUBOYS DE LAVIGERIE, 76, rue St-Dominique. Leçons cliniques et théoriques les mardis et vendredis de chaque semaine, à 2 heures, sur les maladies des yeux et la chirurgie oculaire. — Ophtalmométrie, Réfraction et Ophtalmoscopie.

Ophtalmologie. Clinique des maladies des yeux. — M. le Dr GALEZOWSKI, 41, rue Dauphine. Des Conférences cliniques ont lieu tous les jours entre 1 h. et 3 h. Les lundis, les mercredis et les vendredis sont consacrés aux opérations et à l'étude des maladies externes. L'examen ophtalmoscopique se fait plus particulièrement les jeudis. A partir du lundi 9 novembre prochain, le Dr Galezowski fera des conférences cliniques sur les maladies des yeux et la chirurgie oculaire, qu'il continuera tous les lundis entre 2 et 3 heures.

Ophtalmologie. Médecine opératoire. — M. le Dr GILLET DE GRANDMONT. — Les élèves seront exercés à la pratique des opérations. Ce cours commencera le 14 novembre à 8 heures du soir, amphithéatre n° 3, et il sera continué les lundis et vendredis suivants à la même heure. — Cours pratique tous les jours à sa clinique, 72, rue Rochechouart, de 9 h. à 11 heures.

Ophtalmologie. — M. le Dr LANDOLT fera ses opérations et ses conférences cliniques le mercredi et le samedi, de 1 h. à 2 h., à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts. — Un cours pratique de chirurgie oculaire aura lieu le samedi, à 2 heures. Il commencera le 19 novembre.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Edouard MEYER, 13, rue Saint-Guillaume (boulevard St-Germain, 200). — Consultations et policlinique tous les jours, à 1 h. Conférences cliniques et opérations les mercredis et samedis. — Cours particuliers par le Dr Debierre, chef de clinique.

Cours d'ophtalmologie. — M. le Dr JOCQS, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours complet d'ophtalmologie le mardi 1er novembre à la Clinique Française, 30, rue d'Assas. On

s'inscrit au secrétariat de la Clinique, tous les jours, de 2 heures à 3 heures.

Maladies des yeux — M. le Dr PARINAUD, Clinique, 50, avenue de Clichy. Consultations tous les jours à 1 heure. Conférences et démonstrations le mardi et le vendredi. — Cabinet d'ophtalmologie de la Salpêtrière, service de M. Charcot, le mercredi à 9 heures.

Maladies des yeux. — Clinique de M. le Dr Emile BERGER, 232, rue Saint-Denis. Conférences cliniques sur les rapports de l'ophtalmologie avec la pathologie générale le lundi, le mercredi et le vendredi, de 1 h. à 2 heures.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr F. BOÉ, impasse Nicole, 5, près le boulevard de Port-Royal. Tous les jours de 1 h. à 3 heures. Leçon publique sur un malade tous les mercredis à 2 heures.

Clinique ophtalmologique. — MM. les Drs DE WECKER et MASSELON, 55, rue du Cherche-Midi. — Cours cliniques par le Dr de Wecker, les lundi et jeudi, de 3 à 5 h. — Cours particuliers d'ophtalmoscopie, de réfraction et de chirurgie oculaire par le Dr Masselon, les mardi et vendredi à 10 heures.

Maladies de la peau. — Clinique de M. le Dr Henri FOURNIER, tous les samedis à 1 h. 1/2, 24, rue de Lévis (Batignolles).

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr J.-A. FORT, 3, rue Christine. Consultations de 1 h. à 3 h.; opérations d'électrolyse pour les rétrécissements.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr H. PICARD commencera le lundi 24 octobre, à 5 heures, à sa Clinique, 16, rue Dauphine, un cours public et gratuit et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Cours de thérapeutique. — M. le Dr Paul CORNET fera, tous les dimanches, à 10 h., à la Clinique française, 30, rue d'Assas, un cours de thérapeutique préparatoire au 4e doctorat. MM. les étudiants seront exercés individuellement à l'art de formuler, à la reconnaissance et à la posologie des médicaments. Le cours sera complet en 15 leçons. S'inscrire, tous les jours, 30, rue d'Assas.

Maladies nerveuses et psychiatrie. — M. le Dr BÉRILLON reprendra, le samedi 19 novembre, à 10 h. 1/2, à sa clinique, 49, rue Saint-André-des-Arts, son cours sur les applications de l'hypnotisme à la neuropathologie et à la psychiatrie. Il le continuera les samedis suivants, à 10 h. 1/2.

Cours pratique de Chimie, de Microbiologie et de Microscopie. — M. LAFON, chimiste-expert, lauréat de l'Académie de médecine, ancien préparateur du professeur Brouardel, directeur du laboratoire de recherches appliquées à la médecine et à l'hygiène, fera, pendant l'année scolaire 1892-1893, un cours pratique permanent de Chimie, de Microbiologie et de Microscopie médicales, dans son laboratoire, 7, rue des Saints-Pères. Ce cours pratique, d'ordre essentiellement technique, est destiné à mettre MM. les Médecins en mesure d'exécuter les examens chimiques, microbiologiques et microscopiques les plus usuels, que l'on rencontre dans la pratique médicale. Les méthodes d'analyses et de recherches qui font l'objet de cet enseignement sont particulièrement adaptées aux besoins et aux usages de la clinique médicale. S'inscrire d'avance, tous les jours, de 3 à 4 h., au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

Technique microscopique (Manipulations pratiques). — Ce cours (particulier) a lieu d'une façon permanente, tous les jours, de 4 à 6 heures, et de 8 à 10 heures, dans le laboratoire du Dr LATTEUX, 5, rue du Pont-de-Lodi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les manipulations micrographiques et de leur permettre de faire les analyses qu'exigent journellement la pratique médicale ou les besoins des examens à la Faculté. Pour cela, ils sont exercés *individuellement* et répètent *eux-mêmes* toutes les expériences. Le cours comprend l'étude des tissus sains et des principaux tissus pathologiques, ainsi que les manipulations de technique proprement dite (montage des préparations, dissections fines, injections histologiques, coupes fines, recherches des bacilles, etc.). Chaque élève prépare une collection de pièces microscopiques, qui lui servent de types et qu'il emporte, comme preuve de son travail, le cours terminé. Le cours comprend trente leçons. Les microscopes et les instruments nécessaires sont à leur disposition. — On s'inscrit chez M. le Dr LATTEUX, 17, rue du Louvre, de 1 heure à 2 heures. Leçons particulières.

Le Dr LATTEUX, ancien chef du Laboratoire de la Charité, a commencé les cours suivants, dans son Laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, 5: 1° Le 24 octobre, à 4 heures, technique microscopique, manipulations et exercices de diagnostic. 2° Le 27 octobre, à 8 heures du soir, technique bactériologique et manipulations. Ces deux cours sont essentiellement pratiques. — Les élèves répètent eux-mêmes toutes les expériences et sont exercés individuellement. — On s'inscrit, 17, rue du Louvre, de 1 heure à 2 heures.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE.

École d'application de Médecine et de Pharmacie militaires.

—

Année 1892-1893.

Directeur : M. le médecin inspecteur DAUVÉ. — Sous-Directeur : M. BADOUR, médecin-chef de l'hôpital militaire. — Adjoint à la direction de l'École : M. FORGEMOL, médecin-major de 1re classe.

MÉDECINS STAGIAIRES.

Cliniques.

Clinique médicale : MM. KELSCH et LAVERAN, 1 fois par semaine, successivement. — *Clinique chirurgicale* : M. DELORME, une fois par semaine. — *Clinique ophtalmologique* : M. MIGNON, 1 fois par semaine. — *Cliniques des maladies vénériennes et cutanées* : MM. MOTY et CAHIER, professeurs agrégés.

Cours.

Épidémiologie : M. KELSCH, professeur. — *Médecine opératoire* : M. ROBERT, professeur. — *Hygiène* : M. LAVERAN, professeur. — *Médecine légale et législation militaire* : M. DU CAZAL, professeur. — *Ophtalmologie, otoscopie et laryngoscopie* : M. ROBERT professeur. — *Blessures par armes de guerre* : M. DELORME, professeur. — *Chimie appliquée aux expertises dans l'armée* : M. BURCKER, professeur.

Conférences et exercices pratiques.

Conférences d'hygiène : M. BURLUREAUX, professeur agrégé. — *Petite chirurgie, bandages et appareils, conférences de blessures de guerre, manœuvres d'ambulance, exercices de diagnostic chirurgical* : M. MOTY, professeur agrégé. — *Conférences d'épidémiologie* : M. ANTONY, professeur agrégé. — *Bactériologie* : M. VAILLARD, professeur agrégé. — *Travaux anatomiques* : M. CAHIER, professeur agrégé. — *Exercices de médecine opératoire, exercices d'ophtalmoscopie* : M. MIGNON, professeur agrégé. — *Conférences de médecine légale et législation militaire, exercices de diagnostic médical* : M. CATRIN, professeur agrégé. — *Manipulations chimiques* : M. GESSARD, professeur agrégé.

PHARMACIENS STAGIAIRES.

Cours et conférences.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée et toxicologie : M. BURCKER, professeur. — *Pharmacie militaire et comptabilité* : M. GESSARD, professeur agrégé. — *Hygiène* : M. LAVERAN, professeur. — *Législation et administration militaires* : M. DU CAZAL, professeur. — *Analyse chimique* : M. GESSARD, professeur agrégé. — *Bactériologie* : M. VAILLARD, professeur agrégé, surveillant de de l'École : MM. BERNARD, médecin-major; RIOBLANC et MARCUS, médecins aides-majors de 1re classe.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Année scolaire 1892-93). — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique* : Direction de M. le Dr BRAULT. — Les travaux pratiques d'Anatomie pathologique commenceront le lundi 7 novembre 1892. MM. les Etudiants, pourvus de 12 inscriptions régulières (la 12e ayant été prise en juillet 1892), sont priés de se faire inscrire, pour lesdits travaux, au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, à partir du lundi 17 octobre 1892 jusqu'au samedi 26 novembre inclus, et de midi à 3 heures. — Ils peuvent demander leur inscription par écrit. Des lettres de convocation leur seront adressées à domicile. Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Travaux pratiques (1re année). — Les travaux pratiques de Physique, de Chimie et d'Histoire naturelle commenceront à partir du lundi 7 novembre 1892. Ils auront lieu, pendant le premier semestre 1892-93, aux jours et heures ci-après désignés, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine : 1° *Physique* : Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 6 heures du soir. — 2° *Chimie* : Mardi, jeudi, samedi, de 8 à 10 heures et demie du matin. — 3° *Histoire naturelle* : Lundi, mercredi, vendredi, de 9 à 11 heures du matin.

Travaux pratiques d'histologie (1re année) : Direction de M. RÉMY, agrégé, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'Histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de première année. Ils auront lieu les mardi, jeudi et samedi, de 2 heures 1/2 à 4 heures, au laboratoire des travaux pratiques d'Histologie (École pratique) à partir du samedi 12 novembre 1892. Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les Etudiants.

COLLÈGE DE FRANCE.

Cours d'Anatomie générale. — M. Ranvier, professeur, fera son cours les mercredis et vendredis, à 5 heures. Il traitera : des membranes séreuses, du tissu conjonctif diffus et des ganglions lymphatiques. Des démonstrations pratiques seront faites par le professeur, aidé de M. Suchard, préparateur.

Laboratoire d'Histologie (dépendant de l'Ecole pratique des hautes études).— M. Ranvier, directeur; M. Malassez, directeur-adjoint; MM. Darier, Vignal, répétiteurs. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales, soit en histologie normale, soit en histologie pathologique. Il est fait de plus par MM. les répétiteurs un cours particulier de technique histologique dont la durée est de deux mois. On s'inscrit au laboratoire chaque jour de la semaine, de 2 à 4 heures.

Cours de Médecine expérimentale. — M. Brown-Séquard, professeur, en congé, sera remplacé cet hiver par M. d'Arsonval, qui traitera des applications médicales de l'électricité, les mercredis et vendredis, à 4 heures 1/2. Le Laboratoire de M. Brown-Séquard n'est pas public.

Laboratoire de Physique biologique. — M. d'Arsonval, directeur. Ce laboratoire n'est pas public.

Cours d'Histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey, professeur. M. François Franck, suppléant, traitera de la physiologie pathologique des lésions organiques du cœur ; action des poisons et médicaments cardiaques. Mercredi et vendredi à 3 h. 1/2 salle 7). Démonstrations le mercredi.

Laboratoire de Physiologie pathologique (Ecole pratique des hautes études). — M. François Franck, directeur. Ce laboratoire est un laboratoire de recherches. Le directeur y fera des démonstrations de technique le lundi de 2 à 5 heures.

Cours d'Embryogénie comparée. — M. Balbiani, professeur, traitera de la reproduction et du développement des insectes. les mercredis et samedis, à 1 h. 1/2.

Cours de Chimie organique. — M. Berthelot, professeur, fera son cours sur la théorie et l'analyse du gaz.

Cours de Chimie minérale. — M. Schützenberger, professeur, traitera les mercredis et samedis, à 1 heure 1/2, de l'analyse chimique et de diverses questions de chimie générale.

M. d'Arsonval (membre de l'Académie de médecine), suppléant, traitera du *muscle* et de la *thermodynamique animale* les mercredis et vendredis à 4 heures 1/2.

Les laboratoires de MM. Berthelot et Schützenberger sont uniquement des laboratoires de recherches.

Les cours du Collège de France ne commencent que dans les premiers jours de décembre; nous compléterons, en temps voulu, s'il y a lieu, les indications sus-énoncées.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.

Cours du premier Semestre.

Les cours de la Faculté s'ouvriront le lundi 7 novembre 1892, à la Sorbonne.

Géométrie supérieure : Les mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2, M. G. Darboux, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 9 novembre. Il traitera de divers sujets de géométrie infinitésimale et en particulier de la déformation des surfaces.— *Calcul différentiel et Calcul intégral* : Les lundis et jeudis, à 8 h. 1/2. M. Picard, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le lundi 7 novembre. Après avoir rappelé les principes de la théorie des fonctions analytiques, il traitera des fonctions algébriques et de leurs intégrales. — *Mécanique rationnelle* : Les mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2. M. Appell, professeur, ouvrira la première partie de ce Cours le mercredi 9 novembre. Il traitera de la composition des forces et des lois générales de l'équilibre et du mouvement. — *Astronomie, mathématique et mécanique céleste*. Le mardi, à 10 heures 1/2. M. Tisserand, professeur, ouvrira ce Cours le mardi 8 novembre. Il exposera les méthodes de Hansen pour le calcul des perturbations des planètes et de la lune. — *Calcul des probabilités et Physique mathématique* : Les lundis et jeudis, à 10 h. 1/2. M Poincaré, professeur, ouvrira ce cours le lundi 7 novembre. Il traitera dans le premier semestre de la théorie des oscillations électriques Dans le second semestre, des principes fondamentaux de la théorie cinétique des gaz — *Mécanique physique et expérimentale* : Les mardis et samedis, à 8 h. 3/4. M. Boussinesq, professeur, ouvrira la première partie de ce Cours le mardi 8 novembre. Il traitera des fluides ; il étudiera leurs propriétés mécaniques et les plus importants des mouvements où leur frottement intérieur n'a qu'un rôle secondaire, notamment l'écoulement par les orifices et par les déversoirs, ainsi que les *ondes* liquides de *translation* intumescence et remous indéfinis se propageant le long des canaux et des cours d'eau. Dans le second semestre, il exposera la théorie des *ondes d'oscillation*, houle et clapotis de la mer, ondes produites à la surface d'une eau tranquille, par l'immersion d'un solide ou par une impulsion superficielle. — *Physique* : Les mardis et samedis, à 1 h. 1/2. M. Bouty, professeur, ouvrira ce Cours le mardi 8 novembre. Il traitera de l'Optique. Des manipulations et des conférences, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.— *Chimie* : Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3 : Les lundis et jeudis, à 1 h. M. Troost, professeur, ouvrira ce Cours le lundi 7 novembre. Il exposera les Lois générales de la Chimie et les principes de la Thermochimie; il fera l'histoire des Métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre. — *Chimie* : Ce Cours aura lieu rue Michelet, n° 3 : Les mercredis et vendredis à 2 h. M. Ditte, professeur, ouvrira ce Cours le mercredi 9 novembre. Il traitera des Métaux et de leurs combinaisons principales.— *Chimie biologique* : Ce Cours aura lieu à l'Institut Pasteur, rue Dutot, n° 25. Les mardis et jeudis, à 2 h. 1/2. M. Duclaux, professeur, ouvrira ce cours le mardi 8 novembre. Il fera l'étude du lait au point de vue chimique, micro-biologique et alimentaire. — *Zoologie, Anatomie, Physiologie comparée* : Les mardis et samedis, à 3 h. 1/2. M. de Lacaze-Duthiers, professeur, ouvrira ce Cours le mardi 8 novembre. Il traitera de la Nutrition, organes et fonctions. Les travaux et exercices pratiques auront lieu le jeudi, de midi à 3 heures. — *Evolution des êtres organisés* (fondation de la ville de Paris). Ce cours aura lieu rue de l'Estrapade, n° 18. Les mercredis, à 2 h., et samedis, à 8 h. 1/2. M. Giard, professeur, commencera ce Cours le mercred. 9 novembre. Il traitera des divers modes de reproduction désignés improprement sous le nom de génération alternante, généagénèse, métagénèse, etc. Le samedi, à 8 h. 1/2, le professeur traitera de l'ontogénèse des principaux groupes des Métazoaires. — *Physiologie* : Ce Cours aura lieu rue de l'Estrapade, n° 18. Les lundis et jeudis, à 3 h. 1/2. M. Dastre, professeur, ouvrira ce cours le lundi 7 novembre. Il traitera de la Circulation, de la Respiration et de la Chaleur animale. Les expériences qui ne trouveront point place dans la leçon seront reproduites dans des conférences qui auront lieu chaque mardi, de 1 h. à 3 h. — *Botanique* : Ce cours aura lieu à l'amphithéâtre de Physique : Les mercredis et vendredis, à 3 h. 1/2. M. Bonnier, professeur, ouvrira ce cours le vendredi 11 novembre. Il traitera de l'Anatomie et Physiologie des végétaux.

Professeurs adjoints : MM. Wolf, Chatin et Joly.

Cours Annexes.

Géographie physique : Les lundis, à 2 heures. M. Ch. Vélain, maître de conférences, chargé de cours, ouvrira ce cours le lundi 14 novembre. Après l'exposé des principes généraux qui servent de base aux études de géographie physique, les questions spécialement développées deviendront l'examen des principaux traits du relief des continents et du fond des Océans, le mode de groupement et les caractères généraux des grandes unités continentales (Europe, Asie, Afrique). — *Astronomie mathématique et mécanique céleste* : Les samedis, à 10 h. 1/2. M. Andoyer, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce Cours le samedi 12 novembre. Théorie générale du *Mouvement des Corps célestes*. Développement des méthodes de *Laplace*. — *Chimie analytique* : Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3 : Les lundis à 3 h. : M. Riban, maître de conférences, chargé de cours, ouvrira ce cours le lundi 7 novembre. Il terminera l'étude du dosage et de la séparation des métaux et traitera des applications de l'Electrolyse à l'analyse quantitative. — *Cinématique* : Les mercredis, à 1 h. 1/2. M. G Kœnigs, docteur ès sciences, ouvrira ce Cours le mercredi 9 novembre. Il exposera les notions de Cinématique comprises dans le programme de la Licence.

Conférences.

Les conférences annuelles commenceront le lundi 14 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences mathématiques : M. Raffy, maître de conférences, fera des conférences sur le Calcul intégral, les mardis et vendredis, à 3 h (salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2). — M. P. Puiseux, maître de conférences, fera des conférences sur la mécanique et l'astronomie, les mercredis et samedis, à 3 h. (salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2). — M. G. Kœnigs, docteur ès sciences, fera des conférences aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques (Amphithéâtre de mathématiques), les jeudis, à 10 h. 1/2. — M. Painlevé, maître de conférences, fera des conférences sur le Calcul différentiel, les mardis, à 1 h. 1/2, et des conférences aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques, les lundis, à 3 heures, et les jeudis, à 1 h. 1/2. — M Andoyer, maître de conférences, fera des conférences aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques, les lundis, à 1 h. 1/2, et les jeudis, à 3 heures. — *Sciences physiques* : M Foussereau, maître de conférences, fera, les mercredis, de 4 h. à 5 h., et les vendredis, de 3 h. à 4 h., des interrogations aux élèves de licence sur les matières du cours de physique. Il

traitera en outre les questions indiquées par le professeur. Il fera, les jeudis, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2, une leçon aux candidats à l'agrégation sur les questions indiquées au programme de ce concours. Les manipulations auront lieu au laboratoire d'enseignement de physique, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, de 9 h. à 11 heures. — M. Pellat, maître de conférences, traitera de la Thermodynamique et de l'Acoustique; ces conférences auront lieu les lundis, à 4 h. 1/4, et les jeudis, à 4 h., dans l'amphithéâtre de physique. Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 h. 1/2 (laboratoire d'enseignement de physique). — M. Joly, professeur-adjoint, étudiera quelques questions de chimie générale et fera l'histoire des métaux compris dans la première partie du cours les mardis et samedis, à 10 h. 1/2, (salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2). Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis, à 5 heures, dans le laboratoire. — M. Salet, maître de conférences, fera, les mardis et les samedis, dans la salle des Conférences à 3 h. 1/2, des conférences de chimie organique. Il traitera des corps de la série aromatique. — M. Riban, maître de conférences, fera une conférence d'Analyse qualitative, le vendredi, à 11 heures, au laboratoire de la rue Michelet. Les travaux ont lieu tous les jours de 9 h. à midi et de 1 h. à 5 h. Les manipulations pour la licence, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 h. Manipulations de chimie, le mercredi, de 1 h. à 5 h., pour les candidats à l'agrégation; le jeudi, de 1 heure à 5 heures, pour les professeurs des collèges. — M. Jannetaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à 8 heures 1/2, dans le laboratoire de minéralogie. — *Sciences naturelles* : M. J. Chatin, professeur adjoint, fera, les lundis et mercredis, à 10 h., dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, des leçons sur les organes et fonctions de reproduction et sur le développement — M. Pruvot, maître de conférences, fera, les vendredis, à 10 heures et les samedis, à 7 heures 1/2 du soir (amphithéâtre d'histoire naturelle), des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur de Lacaze-Duthiers. Il traitera des Vertébrés. — M. Vesque, maître de conférences, fera, dans la salle des conférences, les mardis et vendredis, à 8 h 1/2, des conférences de Botanique. Il traitera de la Taxinomie végétale et en particulier des Cryptogames. Au second semestre, les conférences auront lieu les jeudis et les vendredis, à la même heure. — M. Vélain, maître de conférences, fera, dans la salle des conférences, les lundis et mercredis, à 8 h. 3/4, des conférences sur les caractères des roches et des fossiles et sur divers points de Géologie. — Les travaux pratiques auront lieu les vendredis, de 1 heure à 3 heures, et les samedis de 9 h, à 11 h. 1/2. Le samedi à 10 h., conférence de géographie physique.

Professeurs honoraires : MM. Pasteur et Duchartre.

Jours et heures des cours et des conférences.

Lundis : MM. Picard (Amph. d'Hist. natur.). 8 h. 1/2 ; Vélain (Salle des Conférences), 8 h. 3/4 ; Foussereau (Laborat. de Physique), 9 h. ; Riban (rue Michelet, 3), 9 h. ; Chatin (Amph. d'Hist. natur.), 10 h. ; Poincaré (Amph. de Mathémat.) 10 h. 1/2 ; Troost (rue Michelet, 3), 1 h. ; Andoyer (Agr., Amph. de Mathem.), 1 h. 1/2 ; Vélain (Amph. d'Hist. naturelle), 2 h. ; Painlevé (Agr. Amph. de Mathem.), 3 h. ; Riban (rue Michelet, 3), 3 h. ; Dastre (rue de l'Estrapade, 18), 3 h. 1/2 ; Pellat (Lic., amph. de Physique), 4 h. 1/4 ; Joly (Agrégation, Laboratoire), 5 h.

Mardis : MM. Jannetaz (Laboratoire de Minéralogie), 8 heures 1/2 ; Vesque (Salle des Conférences), 8 heures 1/2 ; Boussinesq (Amph. d'Hist. nat.), 8 h. 3/4 ; Tisserand (Amph. de Mathémat.), 10 h. 1/2 ; Joly (Lic., rez-de-ch., escalier n° 2), 10 h. 1/2 ; Dastre (Laboratoire), 1 h. ; Bouty (Amph. de Physique), 1 heure 1/2 ; Painlevé (Lic., rez-de-ch., esc. n° 2), 1 h. 1/2 ; Duclaux (Institut Pasteur), 2 heures 1/2 ; Raffy (Lic., rez-de-ch., esc. n° 2), 3 h. ; de Lacaze-Duthiers (Amph. d'Hist. nat.), 3 h. 1/2 ; Salet (Salle des Conférences), 3 h. 1/2.

Mercredis : MM. Appell (Amphithéâtre d'Histoire naturelle), 8 h. 1/2 ; Vélain (salle des conférences), 8 heures 3/4 ; Foussereau (Labor. de Physique), 9 h. ; Riban (rue Michelet, 3), 9 h. ; Chatin (Amph. d'histoire naturelle), 10 h. ; Darboux (Amph. de Mathem.), 10 h. 1/2 ; Riban (rue Michelet, 3), 1 h. ; Koenigs (amphithéâtre d'Histoire naturelle), 1 h. 1/2 ; Ditte (rue Michelet, 3), 2 heures. Giard (18, rue de l'Estrapade), 2 h. ; Puiseux (Lic., rez-de-ch., esc. n° 2), 3 h. ; Bonnier (amph. de Physique), 3 h. 1/2 ; Foussereau (Labor. de physique), 4 h.

Jeudis : MM. Pellat (Agr. Labor. de Phys.), 8 h. 1/2 ; Pruvot (Amph. d'Hist. natur.), 8 h. 1/2 ; Foussereau (labor. de Phys.), 9 h. ; Riban (rue Michelet, 3), 9 h. ; Poincaré (Amph. de Mathémat.), 10 h. 1/2 ; Koenigs (Agr., rez-de-ch., esc. n° 2), 10 h. 1/2, de Lacaze-Duthiers (laboratoire), 12 h. ; Troost (rue Michelet, 3), 1 h. ; Riban (rue Michelet, 3), 1 h. ; Painlevé (Agr., Amph. de Mathem.), 1 heure 1/2. Foussereau (Labor. de physique), 1 heure 1/2 ; Duclaux (Institut Pasteur), 2 h. 1/2 ; Andoyer (Agr., Amph. de Mathem.), 3 heure ; Dastre (rue de l'Estrapade, 18), 3 h. 1/2 ; Pellat (Lic., amph. de Physique), 4 h. ; Joly (agrég. Laboratoire), 5 h.

Vendredis : MM. Pellat (Agr. Labor. de Phys.), 8 h. 1/2 ; Appell (Amph. d'Hist. natur.), 8 h. 1/2 ; Vesque (Salle des Conférences), 8 h. 1/2 ; Foussereau (Laborat. de Phys.), 9 h. ; Riban (rue Michelet, 3), 9 h. ; Pruvot (Amph. d'Hist. naturelle), 10 h. ; Darboux (Amph. de Mathém.), 10 h. 1/2 ; Riban (rue Michelet, 3), 11 h. ; Vélain (laboratoire), 1 h. ; Ditte (rue Michelet, 3), 2 heures ; Raffy (Lic. rez-de-ch., escalier n° 2), 3 h. ; Foussereau (Labor. de Phys.), 3 h. ; Bonnier (amph. de Physique), 3 h. 1/2.

Samedis : MM. Giard (rue de l'Estrapade, 18), 8 h. 1/2 ; Jannetaz (Laboratoire de minéralogie), 8 h. 1/2 ; Boussinesq (Amph. d'Hist. nat.), 8 h. 3/4 ; Vélain (Laboratoire), 9 h. ; Vélain (Salle des Conférences), 10 h. ; Andoyer (Amph. de Mathémat.), 10 h. 1/2 ; Joly (Lic., rez-de-ch., esc. n° 2), 10 h. 1/2 ; Bouty (Amph. de Physique), 1 h. 1/2 ; Puiseux (Lic. r.-de-ch., esc. n° 2), 3 h. ; de Lacaze-Duthiers (Amph. d'histoire natur.), 3 h. 1/2 ; Salet (Salle des Conférences), 3 h. 1/2 ; Pruvot (Amph. d'Hist. naturelle), 7 h. 1/2 (S.)

Seront professés pendant le second semestre.

Les cours d'algèbre supérieure, par M. Hermite ; — de calcul intégral, par M. Picard ; — d'astronomie physique (programme de la licence), par M. N... ; — de mécanique, par M. Appell ; — de physique mathématique (théorie cinétique des gaz), par M. Poincaré ; — de mécanique physique et expérimentale, par M. Boussinesq (il exposera la théorie des ondes d'oscillation) ; — de physique (électricité), par M. Lippmann ; — de chimie organique (les composés de la série grasse), par M. Friedel ; — de minéralogie, par M. Hautefeuille : il traitera la cristallographie, il étudiera les principales espèces minérales ; — de zoologie, anatomie physiologie comparée, par M. Delage : il traitera des vertébrés avec les enteropneustes et les tuniciers ; — de géologie, par M. Munier-Chalmas, qui traitera plus spécialement les terrains secondaires ; — de spectroscopie et de photochimie (cours annexe), par M. Salet, chargé de cours ; — d'analyse quantitative, par M. Riban, chargé de cours ; — d'histologie, par M. J. Chatin, professeur adjoint.

Les candidats aux baccalauréats ès sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté ; les registres sont clos irrévocablement huit jours avant l'ouverture des sessions.

Les sessions pour les divers baccalauréats s'ouvriront : l'une, le 21 octobre 1892 ; l'autre, dans les premiers jours de juillet 1893. Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet. — Les sessions pour les trois licences auront lieu : la première en novembre 1892 ; la deuxième, du 15 au 31 juillet 1893. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE.

Programme des cours pour l'Année classique 1892-1893.

Cours de Botanique (Organographie et physiologie végétale). — M. Ph. Van Tieghem, professeur. — Le professeur traitera de la Morphologie, de la Physiologie et de la Classification des Champignons. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'hiver, les Mardis, Jeudis et Samedis, à huit heures et demie, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de minéralogie.

Cours d'Anatomie comparée. — M. G. Pouchet, professeur. — Le professeur traitera de l'organisation des animaux invertébrés, à l'exception des Arthropodes. Les leçons auront lieu, pendant le semestre d'hiver, les Mardi, Jeudi et Samedi de chaque semaine, à neuf heures trois quarts du matin, dans la salle de cours du Laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, 55.

Cours de Zoologie : Reptiles, batraciens et poissons. — M Léon Vaillant, professeur. — Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des Poissons (deuxième partie du cours particulièrement des poissons téléostéens, en s'attachant à faire connaître les applications à l'économie domestique, l'industrie, etc. Les leçons auront lieu, pendant le semestre d'hiver, les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de zoologie. Elles seront complétées par des conférences pratiques.

Cours de Zoologie : Animaux articulés. — M. Émile Blanchard, professeur. — Le professeur traitera des caractères zoologiques, de l'organisation, des métamorphoses et des mœurs des Insectes, des Arachnides et des Crustacés. Dans la première partie du cours, il exposera comment la science s'est constituée. Les leçons auront lieu, pendant le semestre d'hiver, les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de zoologie.

Cours de Pathologie comparée. — M. Chauveau, professeur. — Le professeur exposera les progrès récents accomplis dans le domaine de la Physiologie pathologique de la circulation. Les Leçons et Conférences auront lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à deux heures un quart, au Laboratoire de pathologie comparée. Le cours ouvrira le Lundi 16 janvier.

Cours d'Anthropologie. — M. Hamy, professeur. — Le professeur s'occupera spécialement de l'étude des races blanches. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à [illegible] heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie.

Cours de Physique appliquée à l'Histoire naturelle. — M. Becquerel, professeur. — Le professeur traitera du rôle de la lumière dans la nature. Ce cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à dix heures du matin, dans le grand Amphithéâtre.

Cours de Botanique (classifications et familles naturelles). — M. Ed. Bureau, professeur. — Le professeur, pendant les mois de Mars et Avril, traitera des Dicotylédones apétales [illegible], tous les Mercredis, à deux heures. A partir du mois de Mai, il étudiera les plantes vivantes des grandes familles. Ces leçons auront lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure. Des herborisations font partie du cours et seront annoncées par des affiches spéciales.

Cours de Physique végétale. — M. Georges Ville, professeur. — Le cours comprendra deux parties : Dans la première, le professeur traitera des conditions physiques et chimiques qui déterminent la production des végétaux. — Dans la seconde, le professeur fera l'histoire des travaux qui ont été publiés depuis 1830 sur le rôle que l'azote atmosphérique prend dans la nutrition végétale et sur les applications qui en dérivent ; puis il s'occupera de la [illegible] et des modes de culture intensive qui en dérivent. Ce cours aura lieu pendant le semestre d'été, les Mardis et Samedis, [illegible] heures, dans le grand Amphithéâtre.

Cours de Chimie appliquée aux corps organiques. — M. Arnaud, professeur. — Le professeur traitera des méthodes d'analyse organique, en insistant surtout sur les procédés d'analyse immédiate. Cet enseignement comprendra *l'application* des procédés exposés d'une façon générale dans les premières leçons ainsi que l'étude des principes immédiats *généraux*, constitués par les espèces chimiques dont la présence est constante dans les différents organes des végétaux. Le cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Lundis, Jeudis et Samedis, à quatre heures et demie, dans le grand Amphithéâtre.

Cours de Géologie. — M. Stanislas Meunier, professeur. — Le professeur exposera les faits dont l'ensemble constitue le Métamorphisme. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis à cinq heures, dans la Galerie de géologie, pendant le semestre d'été. Il sera complété par des excursions géologiques annoncées par des affiches spéciales.

Cours de Minéralogie. — M. N..., professeur. — Une affiche ultérieure fera connaître les jours et heures du cours qui aura lieu pendant le second semestre.

Cours de Physiologie végétale appliquée à l'agriculture. — M. Dehérain, professeur. — Le professeur traitera de la Terre arable. Le cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Mardis et Samedis, à une heure trois quarts, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de zoologie. Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques dans le laboratoire, rue de Buffon, n° 63 ; elles auront lieu le Lundi, à une heure trois quarts.

Cours de Zoologie : Mammifères et Oiseaux. — M. A. Milne-Edwards, professeur. — Ce cours portera sur l'organisation et la classification des Oiseaux. Il aura lieu pendant le semestre d'été, les Lundis, Mercredis et Vendredis, à deux heures, dans la salle des cours de la Galerie de zoologie. Des conférences dans la Ménagerie seront indiquées par des affiches spéciales.

Cours de Zoologie : Annélides, Mollusques et Zoophytes. — M. Edmond Perrier, professeur. — Le professeur exposera l'histoire des Vers : Rotifères, Bryozoaires, Brachiopodes, Annélés, Plathelminthes, Nématodes. Ce cours aura lieu pendant le semestre d'été, les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de zoologie.

Cours de Paléontologie. — M. A. Gaudry, professeur. — Le professeur présentera le résumé de l'Histoire des enchaînements du monde animal dans les temps géologiques. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Mercredis et Vendredis, à trois heures et demie dans l'Amphithéâtre d'anatomie comparée. Une conférence aura lieu le Lundi.

Cours de Culture. — M. Maxime Cornu, professeur. — Le professeur traitera des cultures tropicales appliquées ou applicables dans les Colonies françaises. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Lundis, Mercredis et Vendredis, à neuf heures.

Cours de Physiologie générale. — M. Charles Rouget, professeur. — Le cours portera sur les mouvements organiques. — *Première partie.* — 20 leçons. — Mouvements des appareils digestif et génito-urinaire. — Du système lymphatique. — Des vaisseaux sanguins. — *Deuxième partie.* — 20 leçons. — Mouvements érectiles. Mouvements du cœur. — Actions réflexes et inhibition. — Ce cours aura lieu pendant le semestre d'été, les Mardis, Jeudis et Samedis, à quatre heures et demie, dans l'Amphithéâtre d'anatomie comparée.

Cours de Dessin appliqué à l'Histoire naturelle. — M. Frémiet, pour les *Animaux*. Ce cours, qui se fait pendant le semestre d'été, aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis [illegible] — M. A. Faguet, pour les *Plantes*. [illegible] de la marche de la saison [illegible] Il aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis [illegible] La Bibliothèque [illegible] tous les jours, excepté les Dimanches et Jours fériés.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE.

Année scolaire 1892-1893. — *Cours du premier Semestre.*

Directeur honoraire : M. Chatin.

Professeurs honoraires : MM. Berthelot et Chatin.

Zoologie : M. A. Milne-Edwards, professeur, mardi, jeudi et samedi, à midi 1/2. Zoologie. Anatomie et physiologie. (Amphithéâtre du Sud). — *Histoire naturelle des médicaments* : M. Planchon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2. Produits fournis par les familles depuis les Cryptogames jusqu'aux Labiées. (Amphithéâtre du Nord). — *Chimie minérale* : M. Riche, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 h. 1/4. Généralités de la Chimie. Métaux. (Amphithéâtre du Nord). — *Physique* : M. Le Roux, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2. Propriétés générales des corps. Hydrostatique. Chaleur. Électricité. (Amphithéâtre du Sud). — *Pharmacie galénique*. M. Bourgoin, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2. Histoire de la Pharmacie. Médicaments pour usage externe. Examen des principaux groupes de médicaments au double point de vue de la forme pharmaceutique et de la composition chimique. (Amphithéâtre du Sud). — *Botanique cryptogamique*. M. Marchand, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 2 h. 1/2. Cryptogamie. Cours complet. Amphithéâtre du Nord). — *Chimie analytique* (Cours complémentaire) : M. Villiers, agrégé, chargé de cours, lundi, mercredi et vendredi, à 10 h. 1/2. Analyse des matières minérales. (Amphithéâtre du Nord).

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à MM. les professeurs : Riche, pour la chimie générale. Jungfleisch, pour la chimie analytique. Guignard, pour la micrographie. M. Ouvrard, chef des travaux chimiques de 1re année. *Chimie.* M. Lextreit, chef des travaux chimiques de 2e année. *Chimie.* M. Rabais, chef des travaux micrographiques de 3e année. *Micrographie.* Lundi, mercredi et vendredi, de 1 à 4 h. 1/2. Laboratoires. — 4e année : Les candidats au diplôme supérieur, élèves de 4e année, sont autorisés à participer, dans les différents laboratoires de l'École, et d'une manière permanente, à tous les travaux et exercices utiles à leurs études.

Tableau des cours et heures des cours du 1er semestre. Lundis : MM. Planchon, 4 h. 1/2 ; Bourgoin, 9 h. 1/2 ; Villiers, 10 h. 1/2. — Mardis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4 ; Le Roux, 9 h. 1/2 ; Marchand, 2 h. 1/2. — Mercredis : MM. Planchon, 4 h. 1/2 ; Bourgoin, 9 h. 1/2 ; Villiers, 10 h. 1/2. — Jeudis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4 ; Le Roux, 9 h. 1/2, Marchand, 2 h. 1/2. — Vendredis : MM. Planchon, 4 h. 1/2 ; Bourgoin, 9 h. 1/2 ; Villiers, 10 h. 1/2. — Samedis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4 ; Le Roux, 9 h. 1/2, Marchand, 2 h. 1/2.

Cours du second Semestre.

Chimie organique : M. Jungfleisch, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/4. Première partie du cours. Généralités. Carbures d'hydrogène. Alcools. Éthers. Phénols. Aldéhydes. (Amphithéâtre du Nord). — *Hydrologie et histoire des minéraux* : M. Bouchardat, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. Minéralogie. Généralités. Hydrologie. (Amphithéâtre du Sud). — *Pharmacie chimique* : M. Prunier, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. Étude des composés minéraux usités en pharmacie. (Amphithéâtre du Sud). — *Toxicologie* : M. Moissan, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 3 h. 1/2. Toxicologie chimique. Cours complet. Amphithéâtre du Nord). — *Botanique générale* : M. Guignard, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 10 h. Étude des familles végétales. (Amphithéâtre du Nord).

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à MM. les professeurs : Riche, pour la chimie générale. Jungfleisch, pour la chimie analytique. Le Roux, pour la physique. Guignard, pour la micrographie. M. Ouvrard, chef des travaux chimiques, 1re année. *Chimie.* Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 4 h. 1/2, au laboratoire. — M. Rabais, chef des travaux micrographiques, 2e année. *Micrographie.* Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2, au laboratoire. — M. Quesneville, chef des travaux de physique, 2e année. *Physique.* Jeudi et samedi, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2, au laboratoire. — M. Lextreit, chef des travaux chimiques, 3e année. *Chimie.* Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 4 h. 1/2, au laboratoire. — 4e année. Les candidats au diplôme supérieur sont admis à participer à tous les travaux et exercices utiles à leurs études. — 1re, 2e et 3e années : *Herborisations*, par MM. les professeurs de botanique.

Tableau des jours et heures des cours du 2e semestre. Lundis : MM. Jungfleisch, 4 h. 1/4, Bouchardat, 9 h. — Mardis : MM. Prunier, 9 h. ; Moissan, 3 h. 1/2 ; Guignard, 10 h. — Mercredis : MM. Jungfleisch, 4 h. 1/4 ; Bouchardat, 9 h. — Jeudis : MM. Prunier, 9 h. ; Moissan, 3 h. 1/2 ; Guignard, 10 h. — Vendredis : MM. Jungfleisch, 4 h. 1/4 ; Bouchardat, 9 h. — Samedis : MM. Prunier, 9 h. ; Moissan, 3 h. 1/2 ; Guignard, 10 h.

L'ouverture des cours du 1er semestre a eu lieu le [illegible] novembre 1892, celle des cours du 2e semestre au 1er mars 1893.

Dispositions générales.

Les études en vue de l'obtention des diplômes de pharmacien de 1re et de 2e classes durent six années, savoir : trois années de stage dans une officine et trois années de scolarité.

Le décret du 26 juillet 1885 règle comme il suit les conditions du stage et de la scolarité.

Stage. — Le stage officinal est constaté au moyen d'inscriptions délivrées au Secrétariat de l'Ecole.

Pour être admis à prendre la première inscription, le stagiaire doit avoir *seize* ans accomplis ; il produira : en vue de la 1re classe, le diplôme de bachelier ès sciences ou ès lettres complet ou de l'enseignement secondaire spécial ; en vue de la 2e classe, le certificat d'études institué par le décret du 30 juillet 1886 et obligatoire depuis le 1er novembre 1887.

L'inscription a lieu, dans le délai de quinzaine, sur la production d'un certificat de présence délivré par le titulaire de l'officine à laquelle le stagiaire est attaché ; toute période de stage irrégulièrement constatée est considérée comme nulle.

L'inscription doit être renouvelée tous les ans, au mois de juillet, et régularisée à chaque changement d'officine par l'élève.

L'élève stagiaire qui néglige pendant trois ans, pour une cause autre que celle du service militaire, de prendre des inscriptions, perd le bénéfice de l'inscription prise antérieurement et correspondant à une année de stage. — Le stagiaire acquitte un droit fixe de *un franc* par inscription.

Les stagiaires de 1re et de 2e classe qui justifient de trois années régulières de stage subissent un *examen de validation*, dont le programme est déterminé, devant un jury spécial qui siège à l'Ecole deux fois par an, aux mois de juillet, août et novembre. La deuxième session annuelle s'ouvrira le mercredi 3 novembre 1888.

Aucun candidat ne peut se présenter pour l'examen de validation devant deux établissements différents pendant la même session. En cas d'infraction à cette disposition, le candidat peut être exclu à temps ou à toujours de toutes les Ecoles de Pharmacie.

Immatriculation. — L'élève qui commence ses études à l'Ecole doit déposer au secrétariat : 1° son acte de naissance ; 2° le certificat d'examen de validation de stage ; 3° pour la 1re classe, l'un des diplômes de bachelier exigés ; pour la 2e classe, l'un des certificats d'étude ou de grammaire complété prévus par les décrets du 26 juillet 1885 et du 30 juillet 1886 ; 4° s'il est mineur, le consentement de son père ou tuteur l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques.

Les élèves sont tenus, en entrant, d'écrire eux-mêmes, sur un registre spécial, leurs noms, prénoms, date et lieu de naissance, leur adresse exacte et celle de leur famille. Chaque changement de résidence fera l'objet d'une nouvelle déclaration. L'élève qui fait une fausse déclaration est passible de la perte d'une ou de deux inscriptions.

Inscriptions de scolarité. — Les inscriptions de scolarité sont au nombre de douze. Elles sont délivrées, pendant la première quinzaine de chaque trimestre, aux jours et heures déterminés par le règlement intérieur de l'Ecole. La première inscription doit être prise au trimestre de novembre. Les élèves ne peuvent prendre leurs inscriptions par correspondance ni par mandataire.

En vertu de l'article 27 du décret du 30 juillet 1883, tout étudiant qui, sans motifs jugés valables par l'Ecole, néglige *pendant deux ans* de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. Le temps passé sous les drapeaux n'est pas compté dans le délai de péremption.

En aucun cas, les inscriptions de 2e classe ne peuvent être converties en inscriptions de 1re classe pour les élèves en cours d'études. Cette conversion peut être autorisée en faveur des pharmaciens de 2e classe qui ont exercé la pharmacie pendant un an au moins.

Travaux pratiques obligatoires. — Pendant les trois années de la scolarité, les élèves de 1re et de 2e classes sont tenus de prendre part aux travaux pratiques obligatoires, qui comprennent nécessairement la chimie minérale, organique et analytique, la toxicologie, la pharmacie, la minéralogie, la micrographie et la physique. Les herborisations sont également comprises dans les travaux pratiques.

Travaux pratiques facultatifs. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions et ceux dont la scolarité sera interrompue par suite d'ajournement à un examen de fin d'année ou semestriel, pourront, sur leur demande écrite, être admis par M. le Directeur à prendre part à telle ou telle série de travaux pratiques, moyennant le payement, en un seul terme, d'un droit fixe de 40 francs. Cette rétribution est indépendante des droits de travaux pratiques obligatoires et ne peut être confondue avec eux.

Le candidat ajourné à un examen de fin d'année n'est admis à participer qu'aux manipulations de l'année qu'il n'a pas validée. — L'admission aux exercices facultatifs ne confère aucun droit à des inscriptions rétroactives.

Examens de fin d'année. — Les candidats de 1re et 2e classes subissent un examen de fin d'année après les 4e et 8e inscriptions ; en outre, ceux de 1re classe passent un examen semestriel après la 10e inscription.

Les examens de fin d'année ont lieu au mois de juillet ; l'examen semestriel dans la première quinzaine d'avril. Les candidats ajournés peuvent renouveler cette épreuve aux mois de juillet et de novembre. Ces examens portent sur les matières enseignées pendant l'année scolaire qu'ils valident. Tout étudiant ajourné à un examen de fin d'année ne peut être autorisé à changer d'Ecole avant d'avoir réparé son échec.

Examens probatoires. — Après la 12e inscription, les étudiants sont admis à subir les trois examens probatoires. Aucune dispense d'âge n'est exigée des candidats ; aucun délai n'est imposé entre chacun de ces examens subis avec succès. En cas d'échec, le délai d'ajournement est fixé à trois mois au minimum.

Les candidats au diplôme de 1re classe doivent subir les trois examens probatoires dans l'Ecole où ils ont accompli la troisième année de leur scolarité. Les aspirants au diplôme de 2e classe sont tenus de les subir devant la Faculté mixte ou Ecole dans le ressort de laquelle ils doivent exercer. Le diplôme n'est délivré à l'impétrant qu'après ses vingt-cinq ans révolus.

Diplôme supérieur. — Le décret du 12 juillet 1878 a institué un diplôme supérieur qui s'obtient, pour les candidats déjà pharmaciens de 1re classe non pourvus du grade de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, à la suite d'une quatrième année d'études, validée par un examen et la soutenance d'une thèse originale acceptée par l'Ecole. Les candidats qui justifient de l'un des grades de licencié précités, ne sont astreints qu'à la soutenance de la thèse. Le diplôme supérieur est équivalent au doctorat ès sciences physiques ou naturelles. Les pharmaciens qui en sont pourvus peuvent être nommés aux emplois de professeurs ou agrégés dans les Ecoles supérieures, aux emplois de professeurs ou agrégés des sciences pharmaceutiques dans les Facultés mixtes.

Perception des droits universitaires. — La perception des droits de bibliothèque et de travaux pratiques obligatoires et facultatifs, le recouvrement et le remboursement des consignations pour examens de toute nature, sont opérés à la caisse du Receveur des droits universitaires, rue Saint-Jacques, 55, à Paris, sur la présentation d'un *bulletin de versement* ou d'un *ordre de remboursement*, suivant le cas, que le Secrétaire de l'Ecole délivre à l'étudiant, ou au candidat ajourné, sur sa demande.

Aux termes de l'article 4 de l'arrêté du 25 juillet 1882, les familles des étudiants ont la faculté d'effectuer les mêmes opérations financières aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances, dans leur département.

Bourses. — Le concours pour l'obtention des bourses de l'Etat de pharmacien de 1re classe s'ouvre ordinairement à l'Ecole, dans la dernière semaine du mois d'octobre. Les candidats doivent se faire inscrire à la Sorbonne, du 20 septembre au 15 octobre, en produisant les pièces exigées.

Bibliothèque. — La Bibliothèque de l'Ecole est ouverte tous les jours non fériés de 11 heures du matin à 4 heures, et de 8 heures à 10 heures du soir.

Salles de collections. — Les salles de collections sont ouvertes aux étudiants aux jours et heures qu'indiquent des affiches spéciales.

Jardin botanique. — Le jardin botanique est ouvert aux élèves tous les jours non fériés, de 7 heures du matin à 6 heures en été, et et de 8 heures à 4 heures en hiver.

INSTITUT PASTEUR.

L'Institut Pasteur, dont nos lecteurs connaissent l'agencement général, comprend plusieurs services qui fonctionnent simultanément. Le service de la Rage, sous la direction de MM. GRANCHER, CHANTEMESSE et CHARRIN, traite chaque année de 1,500 à 1,800 mordus. Aux salles d'inoculation sont annexées des chambres de pansement et d'opération confiées au Dr PRENGRUEBER. A ce service de traitement proprement dit est jointe une annexe où sont gardés des animaux inoculés avec les centres nerveux d'animaux mordeurs suspectés de rage. Il arrive en effet quelquefois que des personnes mordues par un animal le sacrifient avant de savoir s'il était ou s'il n'était pas enragé. Comme l'autopsie est le plus souvent insuffisante pour éclairer le diagnostic, l'inoculation à un animal sain peut seule lever tous les doutes.

Le service des vaccins, confié à M. CHAMBERLAND, s'occupe de la fabrication du vaccin charbonneux, du vaccin du rouget, etc. M. DUCLAUX dirige le laboratoire de chimie biologique. Pendant le semestre d'hiver, les cours de M. Duclaux professeur à la Faculté des Sciences sont faits à l'Institut Pasteur trois fois par semaine. M. le Dr ROUX est le chef du service

technique microbique. Trois fois par an M. Roux fait un cours de six semaines.

La science du professeur et le soin qu'il donne à ses leçons lui ont assuré un succès extraordinaire. Pour assister à ce cours il faut s'être inscrit d'avance. Il nous suffira de dire qu'aujourd'hui les places d'inscription sont retenues un an à l'avance.

M. E. Metchnikoff dirige le laboratoire de recherches microbiennes. Sous son impulsion, de nombreux savants ont entrepris l'étude de l'immunité. Comme toutes les grandes découvertes, la théorie de la phagocytose a été niée ou modifiée de diverses façons. Elle reste cependant intacte et c'est sur elle qu'au dernier Congrès de Londres les attaques et les discussions se sont engagées. La théorie de la phagocytose est sortie de la lutte plus forte et plus accréditée qu'avant.

On voit que l'Institut Pasteur n'est pas seulement réservé au traitement antirabique et qu'il est devenu un des centres les plus actifs des études de chimie biologique et de bactériologie.

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Année scolaire 1891-1892. — 1er Semestre.

1re Chaire : MM. Barrier, professeur et Moussu, répétiteur, chef de travaux : *Anatomie descriptive et comparée* (étude des préparations anatomiques, dissections, conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, jeudi et samedi, de 10 à 11 heures.

2e Chaire : MM. Kaufmann, professeur et Désoubry, répétiteur : *Physiologie et thérapeutique* (démonstration pratique de physiologie et de thérapeutique ; conférences ou interrogations), Leçons : Mercredi et samedi, de 10 à 11 heures et vendredi de 1 à 2 heures.

3e Chaire : MM. Adam, professeur et Vignardou, répétiteur : *Physique et météorologie* ; *chimie organique et biologie* (pharmacie, physique et chimie ; technique des manipulations, leçons, conférences et exercices pratiques, conferences ou interrogations). Leçons : Mardi et vendredi, de 9 heures 1/2 à 11 heures et mercredi de 4 heures à 5 heures 1/2.

4e Chaire : MM. Nocard, professeur et Lignières, répétiteur: *Pathologie des maladies contagieuses et police sanitaire* (clinique spéciale et police sanitaire ; jurisprudence et médecine légale ; inspection des viandes de boucherie ; technique microbiologique ; conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Mardi, vendredi et samedi, de 1 heure à 2 heures 1/4.

5e Chaire : M. Trasbot, professeur, directeur : *Pathologie et anatomie pathologique générales, pathologie médicale* (clinique ; consultation ; technique histo-pathologique et des autopsies ; conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Mardi, mercredi et vendredi de 6 h. 1/2 à 7 h. 40.

6e Chaire : MM. Cadiot, professeur et N..., répétiteur : *Manuel opératoire* ; *pathologie chirurgicale* (clinique, consultation, médecine opératoire ; conférences ou interrogations). Leçons : Mardi et mercredi, de 1 heure à 2 heures 1/4 et samedi, de 3 à 4 heures.

7e Chaire : MM. Railliet, professeur et Dechambre, répétiteur : *Botanique, géologie et zoologie* (matière médicale ; exercices de matière médicale, de zoologie et d'histologie végétale ; conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, mercredi et vendredi, de 8 à 9 heures.

8e Chaire : MM. Baron et Dechambre, répétiteur : *Hygiène générale* ; *zootechnie* (conférences et exercices pratiques au marché de la Villette et à l'Ecole ou à la ferme de Joinville ; interrogations). Leçons : Mardi, de 3 heures à 4 heures 1/4 et mercredi, de 2 à 3 heures.

Equitation, pour les élèves de la 4e année : Tous les jours (sauf le samedi), de 11 heures 1/2 à 12 h. 1/2 et de 3 à 4 heures. — *Lever* : à 6 heures — *Coucher* : à 9 heures — *Etudes* : de 6 heures 1/2 à 7 h. 40 ; de 9 heures à 11 heures ; de 12 h. 1/2 à 3 heures ; de 3 heures 1/2 à 5 heures 1/2 ; de 7 heures à 8 h. 1/2. — *Repas* : collation, à 7 heures 40 ; déjeuner, à 11 heures ; dîner, à 6 heures.

Société d'Ophtalmologie, de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Bordeaux. — La première réunion de cette Société a eu lieu à l'Athénée le mardi 25 octobre, sous la présidence de M. le Dr Badal, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux. M. le Dr Mourre, secrétaire général, a lu la correspondance. Puis la parole a été donnée au Dr Lagrange, pour une communication sur le *Traitement de l'ophtalmie granuleuse par le raclage et le curetage avec un nouvel instrument*. La prochaine séance de la Société aura lieu le troisième mardi de novembre, le 22 du mois prochain.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'*Académie des Sciences* tient des séances publiques, à l'Institut, quai de Conti, tous les lundis, à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes : celle des *Sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections ; celle des *Sciences physiques*, qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de six membres : chimie ; minéralogie ; botanique ; économie rurale ; anatomie et zoologie ; médecine et chirurgie. — Cette dernière section a six membres correspondants français et étrangers. L'*Académie des Sciences* décerne chaque année des prix dont quelques-uns ont trait aux sciences médicales (anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale), et qui sont annoncés en temps opportun dans le *Progrès médical*.

La Section de médecine et chirurgie comprend MM. Marey, Charcot, Guyon, Brown-Sequard, Bouchard et Verneuil.

M. Pasteur fait partie de la section de minéralogie. La section d'anatomie et zoologie est composée de MM. E. Blanchard, de Quatrefages, de Lacaze-Duthiers, Alph. Milne-Edwards, Sappey et Ranvier. Le président, cette année, est M. d'Abbadie. Parmi les académiciens libres, il y a M. le Dr Baron Larrey. — Le *Progrès médical* publie régulièrement une analyse des communications faites à l'Institut, lorsqu'elles sont du domaine des sciences biologiques. L'Académie des Sciences publie un *compte rendu* de ses séances, qui parait toutes les semaines.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de Biologie* tient ses séances tous les samedis, à 4 h., rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*). Cette Société réunit l'élite des différentes Ecoles scientifiques ayant trait aux Sciences Biologiques dans l'acception la plus large du mot. La Faculté de médecine y est représentée par un grand nombre de ses professeurs et de ses agrégés. Citons parmi les assidus : MM Bouchard, Mathias-Duval, Straus, Laborde, Ch. Richet ; MM. Troisier, Hanot, Netter, Retterer, Gley, Déjerine, R. Blanchard, Gilbert, agrégés, etc. Le Collège de France est représenté aussi par MM. Brown-Séquard, Marey, François Franck, d'Arsonval, Malassez. La Sorbonne, par MM. Duclaux, Dastre, Bonnier, Giard, Regnard. L'Ecole de pharmacie, par MM. Grimaux, Guignard. Le Muséum, par MM. G. Pouchet, Beauregard, Kunckel d'Herculais. MM. Chauveau, président de la Société, Nocard, Mégnin, Railliet apportent les travaux sortis des Ecoles vétérinaires. On voit que tous les grands corps enseignants délèguent à la Société leurs membres les plus actifs. Le programme d'études et de discussions est donc des plus riches ; il embrasse la physiologie expérimentale et pathologique, l'histologie, l'anatomie pathologique, l'étude des infiniment petits, la clinique, la chimie et la physique medicales. Les étudiants déjà avancés en médecine suivront avec le plus grand fruit les séances de cette Société pour y élargir le cadre de leurs idées générales en Biologie. Tous les deux ans, la *Société de Biologie* décerne le *prix Godard*, qui est de la valeur de 500 francs et elle pourra bientot disposer du *prix Claude Bernard*, dont le montant n'est pas encore fixé ; elle publie régulièrement un bulletin. Un compte rendu analytique de chaque seance parait dans le *Progrès médical*. Secrétaire général, M. le docteur Dumontpallier ; — Président, M. Chauveau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de Médecine* tient ses séances publiques, 49, rue des Saints-Pères, tous les mardis, de 3 h. à 5 h.— Elle se compose de cent membres *titulaires* répartis dans les 11 sections qui suivent : anatomie et physiologie, 10 ; pathologie médicale, 13 ; pathologie chirurgicale, 10 ; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10 ; médecine opératoire, 7 ; anatomie pathologique, 7 ; accouchements, 7 ; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10 ; médecine vétérinaire, 6 ; physique et chimie médicales, 10 ; pharmacie, 10. Il y a, en outre, une section d'associés libres qui peut compter 10 membres. — Le nombre des *associés nationaux* et celui des associés étrangers peut être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100 ; celui des *correspondants étrangers* de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante : 1° Anatomie et physiologie, pathologie medicale, thérapeutique et histoire naturelle, anatomie pathologique, hygiène et médecine légale (correspondants nationaux, 50 ; étrangers. 25). — 2° Pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements (correspondants nationaux, 24 ; étrangers, 12). — 3° Médecine veterinaire (correspondants nationaux, 6 ; étrangers, 3). — 4° Physique et chimie médicales, – pharmacie (correspondants nationaux, 20 ; étrangers, 10). Président pour 1892, M. Regnauld. – Secrétaire perpetuel : M. Bergeron.

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par les ministères, les préfectures de la Seine et de police, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publique. Elle autorise ou interdit la fabrication

et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine et enfin discute des questions de science pure. Elle publie un Bulletin qui contient le compte rendu de ses séances et de ses travaux ; au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre, les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante y sont en outre désignés.

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche en volumes, en gravures et en manuscrits, réservée aux membres de la compagnie; elle est ouverte néanmoins à tous les travailleurs sérieux autorisés. Bibliothécaire : M. Dureau. — Chef des bureaux : M. Chancre.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis, jeudis et samedis, à onze heures précises. On envoie en outre gratuitement du vaccin en plaques ou en tubes à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service : M. Hervieux. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches, un laboratoire dirigé par M. Meyer.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel au siége de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien voulu se charger de faire la présentation. — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours, de 10 heures à 4 heures. Le *Progrès médical* fait le compte rendu de chaque séance de cette importante assemblée avec un soin tout particulier.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — *Prix de l'Académie.* — 1,000 francs. — Annuel. — Question à poser par l'Académie.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 863 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur travail ou mémoire inédit sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. — 416 francs de rente 3 0/0. — Bi annuel. — Au mémoire qui aura réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix d'Argenteuil. — 4,132 francs de rente 3 0/0. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix Barbier. — 2,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Au meilleur mémoire sur les maladies incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet. — 1,500 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'est jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs sera reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 fr. devra être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix Capuron. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Question à poser sur un sujet d'obstétrique ou sur les eaux minérales.

Prix Civrieux. — 833 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Question à poser sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse.

Prix Daudet. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Question à poser sur les maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour, et plus spécialement sur les [illegible].

Prix Desportes. — 1,307 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale et pratique.

Prix Falret. — 470 francs de rente 4 1/2 0/0. — Bisannuel. — Question à poser sur les maladies mentales et nerveuses.

Prix Gerdy. — 5,500 francs de rente 3 0/0. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France et de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. (Voir le règlement de ce concours.)

Prix Ernest Godard. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné alternativement aux meilleurs travaux sur la pathologie interne et sur la pathologie externe.

Prix Herpin (de Metz). — 320 francs de rente 3 0/0. — Quadriennal. — Question à poser sur les meilleures méthodes de traitement [illegible] d'une maladie [illegible] ou externe, [illegible]

sont dans la [illegible]. A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix [illegible] travaux sur [illegible] thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales [illegible] qui sont [illegible] employées contre des maladies semblables ou analogues [illegible].

Prix Huguier. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Hugo. — 200 francs de rente 3 p. 100. — Tous les cinq ans. — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales. (Mme Weillez a l'usufruit de cette rente.)

Prix Itard. — 799 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Jacquemier. — 20,000 francs convertis en rente 3 p. 100. — Le revenu de cette somme sera consacré à la fondation d'un prix triennal sur un sujet d'obstétrique. Les travaux destinés au concours devront avoir au moins six mois de publication. (Mme Jacquemier a l'usufruit.)

Prix Laborie. — 5,098 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix sera décerné chaque année à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Lefèvre. — 600 francs de rente 3 p. 100. — Triennal. — Sur la mélancolie.

Prix Laval. — 1,083 fr. de rente 3 p. 0/0 — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de Médecine.

Prix Louis. — 1,000 francs de rente 3 p. 100. — Triennal. — Question à poser sur l'action des agents thérapeutiques journellement employés.

Prix Mège. — 500 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix sera décerné tous les trois ans à l'auteur du meilleur ouvrage sur un sujet de physiologie expérimentale, d'anatomie pathologique et ensuite à la volonté de l'Académie.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2,613 fr. de rente 3 p. 100. — Annuel. — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur ouvrage sur les maladies des yeux et des oreilles.

Prix Monbinne. — 1,500 francs de rente 3 p. 100. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. « Dans le cas où le Fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le revenu soit comme Fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Anna Morin. — 12,000 francs. — Cette somme est destinée à l'achat d'un titre de rente 3 p. 100 sur l'Etat français, et les revenus devront être consacrés à la fondation d'un prix quinquennal, qui sera décerné [illegible] ayant produit le meilleur travail pour la guérison d'[illegible] l'emploi de cette somme [illegible] Morin.

Prix Orfila. — 1,000 francs de rente 3 p. 100. — Bisannuel. — Question à poser sur la toxicologie et la médecine légale.

Prix Oulmont. — 1,000 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix sera donné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

Prix [illegible]. — [illegible] francs de rente 3 p. 100. — Ce prix, qui est quinquennal, sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la [illegible]. Il pourra être partagé.

Prix [illegible]. — [illegible] francs de rente 3 p. 100. — Annuel. — Question à poser sur l'anatomie pathologique.

Prix [illegible]. — [illegible] francs de rente 4 1/2 p. 100. — Annuel. — Question de [illegible] à poser par l'Académie.

Prix [illegible]. — 1,[illegible] francs de rente 3 p. 100. — Ce prix doit être décerné tous les cinq ans à l'auteur du meilleur mémoire [illegible]

Prix [illegible]. — [illegible] francs de rente 4 1/2. — Ce prix [illegible] [illegible] l'Académie de Médecine [illegible]

elle l'accordera à celui qui, dans le [illegible] années précédentes, aura le mieux éclairé une question [illegible] relative à la contagion dans les maladies [illegible], c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois. — 724 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur [illegible] sur l'hygiène.

Prix Charles Boullard. — Mme Hédouin, veuve du Dr Ch. Boullard, a légué à l'Académie une somme de 20.000 fr. à placer en rente sur l'Etat français, pour employer les revenus dans un prix qui sera donné tous les *deux ans* au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en atténuant la marche. Ce prix sera délivré au nom et en mémoire du Dr Ch. Boullard, prosecteur de la Faculté de Paris, enlevé prématurément à la science par la plus cruelle des maladies.

Prix Baillarger. — 2,000 fr. de rente 3 0/0. — Ce prix est bisannuel. Il sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. — Les mémoires des concurrents doivent toujours être divisés en deux parties : dans la première ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique ; dans la seconde ils étudieront séparément pour les asiles publics et les asiles privés par quels moyens et par quels changements dans les organisations de ces asiles on pourrait faire une part individuelle plus large au traitement moral.

PRIX UNE FOIS DONNÉS. — *Legs Demarquay.* — 100,000 francs — Pour aider l'Académie à avoir un local digne d'elle.

Prix Saint-Lager. — 1,500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : Je propose à l'Académie de Médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix Alfaro. — « J'offre à l'Académie la somme de 2,000 francs pour la fondation d'un prix à accorder au meilleur mémoire sur la question suivante : « Rechercher par quels moyens on pourrait, dans les asiles publics et privés destinés aux maladies mentales, faire une plus large part au traitement moral et augmenter les moyens d'action. Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement rigoureux dans les affections mélancoliques, s'appuyer sur des faits assez nombreux et bien constatés par la science. »

Prix Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphtérie.* Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les 5 ans, par l'Académie aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphtérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix Claude Bernard. — La Société de Biologie est autorisée à recevoir, des mains de MM. Berthelot, Charcot et autres, une somme de 3,068 fr. 92 c., provenant des souscriptions recueillies pour élever un monument à Claude Bernard. Ladite somme sera employée à la fondation d'un prix de biologie expérimentale qui portera le nom de « prix Claude Bernard. »

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société,* l'une des plus anciennes de Paris, tient ses séances tous les vendredis, à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du Musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. Tous les deux ans, la *Société Anatomique* décerne le *Prix Godard.* Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins etc., peuvent concourir. Les étudiants qui en liront les comptes rendus y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat ; les comptes rendus des séances sont publiés dans un *Bulletin spécial.* Président, M. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté.

Aucune communication n'est faite sans pièces à l'appui. Cela évite toute discussion oiseuse, purement clinique, et on a de plus l'avantage de voir défiler sous ses yeux les cas les plus rares de l'anatomie pathologique provenant des hôpitaux de Paris, dont le matériel est d'une richesse incomparable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de Chirurgie* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, n° 3. Elle se déclare en vacances pendant les mois d'août et de septembre. Tous les membres titulaires appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires de Paris. Les membres correspondants nationaux sont des célébrités chirurgicales de la province et ont la direction des services chirurgicaux dans les hôpitaux de nos grandes villes. — Président pour 1892, M. Chauvel ; vice-président, M. Perrier ; secrétaires des séances, MM. Bouilly et Kirmisson ; secrétaire général, M. Monod ; trésorier, M. Schwartz ; archiviste, M. Reclus.

La Société de Chirurgie dispose de quatre prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay. Les deux premiers sont annuels, le troisième et le quatrième sont donnés tous les deux ans. Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes titulaires dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 fr., a été fondé en 1873. Le prix Demarquay est de la valeur de 650 fr. environ (intérêt d'une somme de 10,000 fr.). La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance.

Pour plus de détails, voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie.* Le *Progrès Médical* publie très régulièrement le compte rendu détaillé des séances de cette Société, une des plus importantes de Paris, la seule Société purement chirurgicale de France, en dehors du *Congrès français de Chirurgie,* qui se réunit tous les ans à Paris, et dont la prochaine session aura lieu en 1893 (Vacances de Pâques).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

La *Société médicale des Hôpitaux* se réunit tous les vendredis, excepté le 1er vendredi de janvier, le Vendredi Saint, le 1er vendredi d'octobre et les 2 mois de vacances (août et septembre) qu'elle prend chaque année, dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, 3 à 4 h. ; ces séances sont publiques. Les membres de cette Société sont les médecins des hôpitaux civils et les médecins de l'armée ayant un service dans les hôpitaux militaires de Paris. Les uns et les autres présentent les faits curieux de leur service, et ces faits sont souvent l'occasion de discussions intéressantes, surtout lorsqu'ils ont trait à des sujets encore à l'étude. C'est ce qui arrive principalement lorsque une question générale est mise à l'ordre du jour ; plusieurs membres de la Société traitent alors le sujet en détail et leurs mémoires sont discutés publiquement. Les comptes rendus des séances sont publiés régulièrement dans le *Progrès médical.* — Président pour l'année 1893, M. Desnos ; vice-président, M. N... ; secrétaire général, M. Rendu ; secrétaires des séances, MM. Siredey et Legendre ; trésorier, M. Moutard-Martin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

La *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle,* fondée depuis quinze ans pour étudier et vulgariser toutes les questions relatives à l'hygiène publique et privée, à l'épidémiologie, à la police sanitaire, à la pathologie professionnelle, tient ses séances publiques 3, rue Serpente (Hôtel des Sociétés Savantes), le quatrième mercredi de chaque mois, à 8 h. 1/2 du soir. Ses travaux sont publiés chaque mois par la *Revue d'hygiène et de Police sanitaire,* et réunis en 1 volume à la fin de chaque année.

La *Société de médecine publique* a organisé le Congrès d'hygiène de Paris en 1878. Elle a pris une part active aux congrès de Turin (1880), Genève (1882), La Haye (1884), Vienne (1887), Paris (1889), Londres (1891). C'est à son instigation qu'une section d'hygiène et de médecine publique a été créée à l'Association française pour l'avancement des sciences. Elle a organisé en 1886, avec le concours du Conseil municipal de la ville de Paris, une intéressante exposition d'hygiène urbaine à la caserne Lobau.

Le nombre des membres de cette Société, déjà considérable, s'est élevé par les médecins, les architectes, les ingénieurs, les industriels, les économistes, tous ceux enfin dont les travaux touchent aux grandes questions d'hygiène publique et sociale sont admis à en faire partie. Tout ce qui concerne la Société doit être adressé au secrétaire général : M. le Dr Henri Napias, 68, rue du Rocher (Paris). Le *Progrès* publie le compte rendu des séances de cette Société.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

La *Société de médecine légale* tient ses séances le second lundi de chaque mois, à 4 heures précises, au Palais-de-Justice, dans la salle d'audience des référés. Entrée par le boulevard du Palais, n° 2.

Ces séances constituent de très intéressantes conférences de médecine légale, auxquelles les étudiants, aussi bien que les médecins,

trouveraient grand intérêt à assister. Déjà la Société a fait paraître dix volumes de Bulletins à la librairie J.-B. Baillière et fils.

Cette Société a organisé, pendant les Expositions universelles de 1878 et de 1889, un *Congrès international de médecine légale*, dans lequel ont été traitées d'importantes questions, et dont les travaux sont publiés en un volume distinct des Bulletins de la Société et imprimé à l'Imprimerie nationale par les soins du ministère de l agriculture et du commerce. Le *Progrès médical* a l'habitude de publier l'ordre du jour de chaque séance dans le numéro qui la précède. Depuis l'année 1890, un de nos collaborateurs fait le compte rendu de chaque séance dans le numéro qui la suit.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Fondée au lendemain de la guerre par un groupe de savants et d'amis de la science, l'*Association française* a vu sa prospérité s'accroître d'année en année. Le but des promoteurs de cette Société, parmi lesquels on pouvait compter Combes, Delaunay, Claude Bernard, Broca, Wurtz, Dumas, pour ne citer que les morts, était de contribuer, par la diffusion des sciences, au relèvement moral du pays, accablé par des désastres immérités. Aider à leur progrès tant au point de vue de la théorie pure qu'au point de vue des applications pratiques, favoriser leur développement par des réunions scientifiques, des conférences, des dons en instruments et en argent, venir en aide aux savants dans leurs recherches, tel était le programme des fondateurs ; tel a été le but poursuivi jusqu'à ce jour. Le petit noyau des adhérents s'est vite augmenté; en seize années leur chiffre est monté à cinq mille. Le capital s'élève aujourd'hui à environ 860,000 francs. Chaque année des subventions importantes sont accordées aux travailleurs (28 mille francs pour l'année 1891). Le total des dons distribués à ce jour s'élève à plus de 250.000 francs. Dans le courant de 1887, l'Association scientifique, fondée par Leverrier, a fusionné avec sa sœur cadette, l'Association française, pour ne former qu'une seule et même société, n'ayant qu'une même pensée si bien exprimée par sa devise : « Par la Science, Pour la Patrie. »

L'Association tient chaque année un Congrès dans une des grandes villes de France ; au début c'était Bordeaux qui offrait à la jeune Société l'hospitalité la plus brillante, puis Lyon, Lille, Nantes, Clermont-Ferrand, le Havre, etc. L'exposition de 1878 fut une occasion toute naturelle de se réunir à Paris ; il en a été de même il y a trois ans, et le Congrès de 1889 a réuni un nombre exceptionnel de savants étrangers et de membres de l'association. Le Congrès de 1892 a eu lieu à Pau et celui de 1893 aura lieu à Besançon. En dehors de ces Congrès, où toutes les questions scientifiques peuvent être discutées dans les 17 sections entre lesquelles se divisent les travailleurs, l'Association cherche à faire connaître les progrès des sciences et de leurs applications dans des séries de conférences, les unes faites pendant la durée des Congrès, les autres pendant l'hiver au siège social. Rappelons quelques titres des conférences faites en 1892. Un essai de Faculté libre au XVIIe siècle; Théophraste Renaudot par le Dr Gilles de la Tourette, le plateau central de l'Asie, par M. Blanc ; la formation de la houille, par M. de Lapparent, etc. Des cartes d'entrée sont distribuées à tous les membres de l'Association qui veulent les retirer au secrétariat ; un certain nombre de cartes gratuites est mis chaque année à la disposition des étudiants des diverses Facultés par l'intermédiaire de l'Association des Etudiants.

La cotisation annuelle est de 20 fr. par an ; cette cotisation peut être rachetée moyennant une somme de 200 fr. Les comptes rendus de l'Association sont publiés après chaque Congrès et forment annuellement deux beaux volumes in-8 de 1000 pages. Chaque Congrès est analysé dans le *Progrès médical*, pour ce qui concerne les sciences médicales. Le Jury des récompenses de l'Exposition universelle de 1889 a décerné un grand Prix à l'Association.

Le bureau de l'Association pour l'année 1892-93 se trouve ainsi composé : *Président* : M. le Pr Bouchard (de l'Institut) ; — *Vice-Président* : M. Mascart (de l'Institut) ; — *Secrétaire* : M. Martin, — *Vice-Secrétaire* : M. Anthoine ; — *Trésorier* : M. Galante. — *Secrétaire du Conseil* : M. le professeur Gariel ; — *Secrétaire-adjoint du Conseil* : M. le Dr Cartaz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, D'HYDROLOGIE, ETC.

La *Société de médecine de Paris*, la *Société d'Hydrologie* se réunissent, comme la *Société de Chirurgie*, rue de l'Abbaye, 3. Ce local, beaucoup trop exigu, ne permet qu'à un petit nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes Sociétés, chose très regrettable, vu l'intérêt que présentent pour les étudiants les discussions très instructives sur les questions à l'ordre du jour. — Nous citerons encore la *Société médico-psychologique* qui se réunit le dernier lundi de chaque mois, rue de l'Abbaye, n° 3 ; — la *Société française d'Hygiène*, etc., dont le siège est au n° 44 de la rue de Rennes, qui tient ses séances le deuxième vendredi de chaque mois ; — la *Société de psychologie physiologique*, présidée par M. Charcot, dernier lundi de chaque mois, à huit heures du soir, Hôtel des Sociétés savantes ; — la *Société de médecine clinique* ; — la *Société obstétricale et gynécologie de Paris*, séance le dernier vendredi du mois ; — la *Société de médecine pratique de Paris*, fondée en 1808, séances le 1er et le 3e jeudi de chaque mois, à 3 h. 1/2, palais des Sociétés savantes, 26, rue Serpente ; — (Voir aussi *Enseignement de l'Anthropologie*). Les étudiants qui sont arrivés à la dernière année de leurs études assisteront avec fruit aux réunions de ces diverses Sociétés.

La *Société de Thérapeutique* se réunit à la mairie du 1er arrondissement, le 2e et le 4e mercredi de chaque mois. Le *Progrès* publie un compte rendu analytique des séances de cette Société. — Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les *Sociétés d'Arrondissement*, qui n'ont qu'un intérêt secondaire pour les étudiants.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

La Société d'Hypnologie et de Psychologie, fondée en 1889 pour l'étude des applications cliniques, médico-légales et psychologiques de l'hypnotisme tient ses séances le troisième lundi de chaque mois, à quatre heures et demie, au Palais des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente. Le bureau de la Société est ainsi composé : Président, M. Dumontpallier ; vice-président, M. Aug. Voisin ; secrétaire général, M. Bérillon ; comité de publication, MM. Babinski, G. Ballet, Dejerine.

Tous les deux ans la Société décerne un prix, le prix Liébeault ; le sujet mis au concours est relatif à l'hypnotisme ou à la psychologie physiologique. Les séances de la Société d'Hypnologie et de Psychologie sont publiques ; les médecins et les étudiants en médecine pourront y suivre les progrès réalisés chaque jour dans le domaine médico-psychologique.

ENSEIGNEMENT DE L'ANTHROPOLOGIE.

I. *Ecole d'Anthropologie de Paris*. — Au siège de la Société d'Anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Reconnue d'utilité publique. — Ouverture des cours le vendredi 4 novembre 1892.

Anthropologie préhistorique. — Prof. : M. G. de Mortillet, les lundis à 4 heures. Programme : Le proto-historique. Survivance de la pierre. Ages du bronze et du fer.

Anthropogénie et Embryologie comparée. — Professeur : M. Mathias Duval.

Ethnographie et Linguistique. — Professeur : M. A. Lefèvre, les mardis à 4 heures, à partir du 10 novembre. Programme : Les races et les dieux de la Grèce antique.

Ethnologie. — Professeur : M. Georges Hervé, les mardis à 5 heures. Programme : Les Populations de la France.

Anthropologie biologique. — Professeur : M. J.-V. Laborde, les mercredis à 4 heures. Programme : Les sensations et les organes des sens. Evolution organique et fonctionnelle.

Anthropologie zoologique. — Professeur-adjoint : M. Pierre-G. Mahoudeau, les mercredis à 5 heures. Programme : Les primates.

Géographie médicale. — Professeur : M. A. Bordier, les vendredis à 4 heures. Programme : Naissance et évolution des pratiques et des idées médicales chez les différents peuples.

Anthropologie physiologique. — Professeur : M. L. Manouvrier, les vendredis à 5 heures. Programme : Physiologie générale du cerveau.

Sociologie (Histoire des civilisations). — Professeur : M. C. Letourneau, les samedis à 4 heures. Programme : La guerre ; ses causes et ses effets dans différentes races humaines.

Ethnographie comparée. — Professeur-adjoint : M. Adrien de Mortillet, les samedis à 5 heures. Programme : La parure et le vêtement chez les primitifs anciens et modernes.

Conférences. — M. Capitan, les lundis à 5 heures. Programme : Anthropologie pathologique.

Directeur : M. Ab. Hovelacque.

Les cours sont publics et gratuits.

Les auditeurs qui se font inscrire au commencement de l'année scolaire peuvent obtenir un Certificat d'assiduité délivré par le directeur et les professeurs dont ils ont suivi les cours.

Les principales leçons faites durant l'année scolaire paraissent dans la *Revue mensuelle de l'Ecole d'Anthropologie*, publiée par les professeurs. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain. (Abonnement annuel, 10 fr.).

L'Ecole d'Anthropologie possède une collection d'anatomie comparée et d'objets préhistoriques servant aux cours. Elle conserve en outre la précieuse série de cerveaux appartenant à la Société d'Autopsie. Ces cerveaux sont étudiés et moulés dans le laboratoire particulier de l'Ecole d'Anthropologie. Le Président de la Société d'Autopsie est M. le Dr J.-V. Laborde. Les autopsies sont faites sous la direction de MM. le Pr Mathias-Duval et Dr Laborde, par MM. le Dr Hervé et Mahoudeau. Les moulages sont faits par M. Flandinette.

II. *Société d'Anthropologie.* — Cette Société tient ses séances, qui sont publiques, le 1er et 3me jeudi de chaque mois, à 3 heures, au 3me étage du batiment du musée Dupuytren. On y traite les questions les plus variées d'anatomie humaine et comparée, d'ethnographie, de géographie médicale, de démographie, de linguistique, d'archéologie préhistorique, etc., en un mot, tous les faits se rapportant à l'histoire naturelle de l'homme. La Société distribue des instructions aux voyageurs et missionnaires scientifiques. Elle possède une bibliothèque (plus de 6.000 ouvrages) ouverte au public les lundis, mercredis et vendredis, de 1 heure à 4 heures. Président pour 1892 : Dr *Bordier*. — Secrétaire général : Dr *Letourneau* — Secrétaires : Dr *Capitan* et *Cuyer*. — Le *Progrès médical* donne le compte rendu des séances et l'analyse des questions qui touchent plus particulièrement à la médecine.

Musée Broca. — Ce musée est situé au 3me étage du batiment du Musée Dupuytren. Il appartient à la Société d'Anthropologie dont il renferme les collections, ainsi que celles du Laboratoire d'Anthropologie. Il possède environ 8.090 cranes et 200 squelettes humains, une importante collection de moulages de cerveaux, d'objets d'ethnographie et une grande quantité d'ossements et d'instruments préhistoriques. Il est ouvert aux étudiants et aux docteurs sur la présentation de leur carte les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures. Conservateur : *M. A. de Mortillet.*

III. *Laboratoire d'Anthropologie.* — Ce laboratoire, fondé par Paul Broca, fait partie de l'École pratique des Hautes-Etudes. Il occupe une partie du 3me étage du batiment du musée Dupuytren. Il comprend une salle de dissection, une salle d'anthropométrie, une salle de moulages et une salle d'histologie. Le Laboratoire d'Anthropologie est ouvert gratuitement aux docteurs français et étrangers ainsi qu'aux étudiants qui désirent y faire des recherches anatomiques pour la préparation des thèses de doctorat en médecine ou ès sciences naturelles. Des conférences techniques y sont faites aux personnes qui veulent s'initier aux recherches anthropologiques, et le personnel se met également à la disposition des investigateurs qui ont besoin de renseignements. — Directeur : Dr *Laborde.* — Adjoint : Dr *Topinard.* — Préparateurs : *Th. Chudzinski* et Dr *L. Manouvrier.*

Association générale des Etudiants de Paris.

(Fondée en 1884).

Reconnue d'utilité publique par décret du 21 juin 1891.

41 *et* 43, *rue des Ecoles*, 41 *et* 43.

L'*Association générale des Etudiants de Paris* s'est donnée pour but d'établir entre les élèves des Facultés et Ecoles supérieures de Paris des liens d'amitié et de solidarité ; elle a été reconnue d'utilité publique au mois de juin 1891. Son *siège social*, ouvert tous les jours de 8 heures du matin à minuit, comprend : 41, rue des Ecoles, 1er étage, salle de conférences et bureau du Comité ; 2e étage, bibliothèque de médecine (dictionnaires Jaccoud et Dechambre ; anatomies de Sappey, Testut, Gegenbauer, Richet, Tillaux ; ouvrages d'Armand Gautier, Gariel, Baillon, R. Blanchard, Charcot, Cornil, Bouchard, Dujardin-Beaumetz, Duplay et Reclus, etc.), bureau de l'administration ; 3e étage, bibliothèque de droit, cabinet du bibliothécaire (prêt à domicile) ; 4e étage, bibliothèque de Pharmacie, bibliothèque des Sciences ; 5e étage, bibliothèque des Lettres, bibliothèques d'Histoire et Géographie, 43, rue des Ecoles, 3 salons de lecture, fumoir, réserve des bibliothèques ; salle d'armes, rue des Carmes, 4. 12.000 volumes, 53 journaux quotidiens, 103 revues, dont 40 de médecine. Echantillons d'ostéologie, de myologie, d'entomologie, microscope, droguier, herbier à la disposition des membres. Conférences pour le concours de l'internat et de l'externat, conférences pratiques d'accouchement sous la direction du Dr H. Lepage, ancien interne des hôpitaux. L'association assure en outre à ses membres un grand nombre d'*avantages matériels* (réductions de moitié à l'Odéon, la Gaité, les Bouffes-Parisiens, le Vaudeville, les Menus-Plaisirs, la Renaissance, les concerts Lamoureux et Colonne, les cirques d'Hiver et d'Eté, le Chat-Noir, le Moulin-Rouge, etc.) Pour les avantages chez les fournisseurs, voir l'annuaire 1892-1893. Gymnastique, équitation, danse, canotage, jeux de plein air et vélocipédie. Elle publie un *Bulletin mensuel « l'Université de Paris »*, distribué gratuitement à ses seuls membres. L'Association compte 4.960 *membres actifs inscrits*, 670 *membres honoraires*, dont le plus grand nombre professeurs à la Faculté de médecine, des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux. Son *budget* annuel est de 50.000 francs, ses capitaux placés en valeur atteignent 39.000 francs. L'*administration* appartient exclusivement à un *Comité* d'étudiants français et majeurs nommés par les étudiants des différentes Ecoles (5 délégués pour la médecine). La *section de médecine* a un budget particulier de 400 francs. Elle dirige un *service de remplacements*. Pour faire partie de l'Association comme membre actif il faut présenter sa carte d'étudiant, signer une adhésion contresignée par deux étudiants, et verser une cotisation annuelle de 18 francs, payable en un seul versement, 2 fr. de droit d'entrée.

L'Association fait partie du programme nécessaire de l'étudiant qui vient se faire inscrire à l'Ecole de médecine. Elle fournit de bons instruments de travail, diminue les frais des étudiants qui ont des ressources modestes, leur prête de l'argent, sur la garantie de leur honneur, facilite les amitiés par un contact quotidien et protège les nouveaux venus à Paris contre cet isolement des premiers jours, si décourageant pour le travail et souvent de si mauvais conseil.

Association des Etudiants des Ecoles et Facultés de province.

Un grand nombre d'Universités de province ont suivi l'exemple de Paris et ont fondé dans leur ville respective des associations organisées sur un plan analogue. C'est le cas pour Nancy — la première en date — Montpellier, Lyon, Lille, Nantes, etc.

HOTEL DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Sociétés ayant leur siège à l'Hôtel des Sociétés Savantes : 28, rue Serpente et rue Danton.

Association française pour l'avancement des Sciences : Bureaux et Secrétariat. Président pour 1893, M. le Pr Bouchard. Secrétaire du Conseil, M. Gariel (O.-M.).

Société Entomologique de France. — Séances les 2e et 4e mercredis de 8 à 10 heures du soir. Président, M. C. Jourdheuille. Secrétaire M. J. Gazagnaire. Archiviste-Bibliothécaire, M. Léveillé.

Société de Médecine et de Chirurgie pratiques. Secrétariat. Séances tous les jeudis de 4 à 6 heures. — Président, M. le Dr Dujardin-Beaumetz ; Secrétaire général, M. le Dr Bardet.

Société de Médecine vétérinaire pratique : Séance le 2e mercredi du mois de 3 à 6 heures. Président, M. V. Cryé ; Secrétaire général, M. Rossignol.

Société Obstétricale et Gynécologique : Séances le 2e jeudi du mois de 4 à 6 heures. Président, M. le Dr Lucas-Championnière ; Secrétaire général, Dr Porak.

Société de Stomatologie : Séances le 3e lundi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président, M. le Dr Magitot. Secrétaire général, M. le Dr Galippe.

Société Médico-Pratique : Séances les 2e et 4e lundis de 4 à 6 heures. Président, M. le Dr Descroizilles. Secrétaire général, M. le Dr Tripet.

Société de Thérapeutique : Séances les 2e et 4e mercredis de 4 à 6 heures. Président, M. Hallopeau. Secrétaire général, M. le Dr Constantin Paul.

Société d'Ophtalmologie de Paris : Séances le 1er mardi du mois de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, Dr Parent. Secrétaire général, Dr Despagnet.

Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle : Secrétariat. Séances le 4e mercredi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président : M. le Pr Cornil. Secrétaire général, Dr Napias.

Société d'Otologie et de Laryngologie : (date à fixer), Secrétaire : M. le Dr Et. Saint-Hilaire.

Société française d'Ophtalmologie : Secrétaire du Comité : Dr Parent.

Société Astronomique de France : Séances le 1er mercredi du mois de 8 à 10 heures du soir. Président, M. Bouquet de la Grye

Association Polytechnique : Secrétariat. Séances le 1er jeudi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président, Dr Brouardel. Secrétaire général M. Delmas.

Société de Psychologie physiologique : Séances le dernier lundi du mois de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Trésorier, M. Ferrari.

Société de Prévoyance et Chambre syndicale des Pharmaciens du Département de la Seine : Séances le 2e mardi du mois de 1 h. 1/2 à 4 heures. Président, M. Milville.

Association générale des Pharmaciens de France : Président, M. le Dr Petit. — Secrétaire général, M. Crinon.

Association amicale des Elèves et anciens Elèves de la Faculté des Sciences de Paris : Président, M. Simonnot. Secrétaire général, M. Danguy.

Société Africaine de France : Séances le 2e mardi du mois de

8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, M. l'amiral Vallon. Secrétaire général, M. le Dr Verrier.

Société Historique : Président, M. A. Sorel.

Société d'Etudes économiques : Séances les 1er et 3e samedis du mois à 5 heures. Président, M. A. de Foville. Secrétaire, M. Chailley.

Institut des Actuaires français : Séance le 3e jeudi du mois de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, M. P. Guieysse. Secrétaire général, M. Marie.

Société française de Navigation aérienne : Séances les 1er et 3e jeudis du mois de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, M. Arson. Secrétaire général, M. le Dr Hureau de Villeneuve.

Société de Statistique : Séances le 3e mercredi du mois de 9 à 11 h. du soir. Président, M. Ducrocq. Secrétaire général, M. Yvernès.

Société d'Hypnologie : Séance le 2e lundi de chaque mois, à 4 heures. Président, M. le Dr Dumontpallier. Secrétaire général, M. le Dr Bérillon.

Ecole supérieure de Navigation aérienne : Président, M. W. de Fonvielle.

Société française de Numismatique. Président, M. Caron.

Société des Chefs d'Institution : Président, M. Ducroux.

Société amicale des anciens Elèves de l'Association Polytechnique : Président, M. Grès.

Société pour l'instruction et la protection des Sourds-Muets : Vice-président, M. E. Grosselin.

ÉCOLES DENTAIRES DE PARIS.

I. Ecole dentaire de Paris.

Directeur : E. Lecaudey. — Directeur adjoint : Gillard.

Cette institution est la première École d'art dentaire fondée en France (1880). Elle se compose d'une Ecole dentaire pour les élèves et d'une clinique gratuite. Soutenue par l'Association générale des dentistes de France, elle a eu pour présidents de ses séances d'inauguration, MM. U. Trélat, Verneuil, P. Bert, Brouardel, Hérard, Pinard, Mesureur, Bourneville, Ollendorf, H. Brisson, Liard, Strauss, L. Donnat qui la patronnent. La Ville de Paris, le département de la Seine, lui accordent une subvention annuelle et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

Les cours commencent en novembre. Le programme comprend : a) Un enseignement théorique ainsi divisé : — 1° 1re année, physique et sciences naturelles; — 2e année, sciences biologiques; — 3e année, sciences spéciales. — 2° Un enseignement pratique ainsi divisé : 1° chirurgie dentaire ; — 2° prothèse dentaire.

Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures (anatomie, physiologie, histoire naturelle et micrographie). Dr Marie ; (mécanique appliquée), M. Serres ; (chimie), M. Grimbert ; (physique et métallurgie), Dr Faucher ; (dissection), Dr Isch-Wall ; (thérapeutique et matière médicale), Dr Aubeau ; (pathologie générale et maladies de la bouche), Dr Thomas ; (anatomie et physiologie dentaires), M. N..... ; (thérapeutique spéciale), M. Poinsot ; (prothèse et mécanique dentaires), M. Gillard ; (pathologie spéciale), M. Poinsot ; (jurisprudence et déontologie professionnelles), M. Rogers.

Les cours pratiques ont lieu pour la chirurgie dentaire, le matin, à la Clinique, sous la direction des professeurs de clinique, MM. Poinsot, Bloeman, Dubois, Godon, Gillard, Viau et Papot, des professeurs de dentisterie opératoire, MM. Ronnet, Richard Chauvin, Heidé et Lemerle, assistés de chefs de clinique et de démonstrateurs. Le cours pratique de prothèse a lieu au laboratoire de l'Ecole, de 3 à 6 heures, sous la direction du chef de laboratoire, M. Gravollet.

Les études durent trois ans, après lesquels l'institution décerne un diplôme, dit diplôme de l'Ecole dentaire de Paris (D. E. D. P.). Pour suivre les cours, il faut être âgé de 17 ans au moins ; les étrangers et les dames sont admis. On doit passer un examen d'entrée.

A cette Ecole est adjointe une société scientifique, la Société d'Odontologie de Paris, qui se réunit le 1er mardi de chaque mois. Les inscriptions pour l'Ecole sont reçues au secrétariat, 57, rue Rochechouart.

II. Association de l'Ecole Odontotechnique (1).

Président du Conseil d'administration : H. Crignier.

Cette association scientifique et philanthropique a été fondée en 1878 pour le relèvement scientifique et moral de l'art dentaire en France, et comporte comme mode d'action : Un enseignement théorique et pratique spécial représenté par une Ecole dentaire avec dispensaire gratuit pour les maladies des dents. Son siège social est rue de l'Abbaye, n° 3.

Dès son début, cette Ecole dentaire s'est placée sous le haut patronage d'un conseil scientifique composé d'hommes éminents, tels que MM. les professeurs Gavarret, Richet, Brouardel, Sappey, Le Fort, Trélat, Guyon, Duplay, Fournier, Proust, Gariel.

(1) Reconnue comme *établissement d'utilité publique* par décret du 22 mars 1892.

Ecole et Clinique dentaires.

Directeur : M. Ed. Damain. — Sous-Directeur : M. Vizioz. — Inspecteur : M. le Dr Mora.

Professeur de Clinique : M. Burt.

Chef de Clinique. — M. X..., lundi, de 8 à 10 h. — M. Insall. Chef de Clinique : M. Blanchard, mardi, de 8 à 10 h. — M. Saint-Hilaire. M. Hotz, professeur suppléant. — Chef de Clinique : M. Bernstamm, mercredi, de 8 à 10 h. — M. Ducournau. Chef de Clinique : M. Bruel, jeudi, de 8 à 10 h. — M. Hivert. Chef de Clinique : M. X..., vendredi, de 8 à 10 h. — M. Anjubault. M. Vacher, professeur suppléant. — Chef de Clinique : M. H. Dubrac, samedi, de 8 à 10 heures.

Professeurs de Prothèse : M. Lawrence, mercredi et samedi, de 8 à 10 h. — M. Maleplate, mercredi et samedi, de 8 à 10 h.

Professeurs de Dentisterie opératoire (cours théoriques et pratiques) : M. Brigiotti, lundi, de 8 à 9 h. — M. Weber, mardi, de 8 à 9 h. — M. Spaulding, professeur suppléant, jeudi, de 8 à 9 h. — M. Amoedo, professeur suppléant, vendredi, de 8 à 10 h. — M. Franchette, professeur suppléant, les mardi, jeudi et samedi, de 8 à 10 h. — M. le Dr Queudot, professeur suppléant, les lundi, mercredi et vendredi, de 8 à 10 h.

Chefs de Clinique : Mlle Wagner et MM. X...

Professeur d'Anesthésie : M. Darin, jeudi, de 8 à 10 h. — M. le Dr Rovillain, professeur suppléant.

Cours théoriques du soir (de 8 à 10 heures).

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales (Éléments de) : M. le Dr Damain, professeur ; M. le Dr Grattery, prof. suppléant, lundi à 8 h. 1/2. — M. le Dr Demontporcelet, mardi à 8 h.; M. le Dr Rousseau, professeur suppléant. — M. le Dr Viron, mercredi à 8 h.; M. Dupoux, professeur suppléant. — *Mécanique et Prothèse dentaires* : M. Anjubault, mercredi à 9 heures ; M. Vacher, professeur suppléant. — *Pathologie et Thérapeutique buccales* : MM. le Dr Damain, professeur et le Dr Grattery, professeur suppléant, jeudi à 8 h. 1/2. — *Anatomie et physiologie humaines et comparées* : M. le Dr Demontporcelet, vendredi à 8 heures : M. le Dr Rousseau, professeur suppléant. — *Pathologie et Thérapeutique dentaires* : M. Weber, vendredi à 9 h. — *Dissection* : M. le Dr Demontporcelet, mardi. — *Micrographie* : M. le Dr Demontporcelet, préparateur, vendredi. — M. le Dr Rousseau, professeur suppléant, préparateur, vendredi. — M. Bourg, préparateur, vendredi. — *Manipulations chimiques* : M. le Dr Viron, vendredi ; M. Dupoux, professeur suppléant. — *Bactériologie* : M. le Dr Damain, avec la collaboration de M. Lawrence. — *Hygiène et Déontologie* : M. le Dr Mora, chargé de cours.

Laboratoire de Prothèse : M. Tordo. Tous les jours, de 2 h. à 6 h. du soir. Mercredi et samedi, de 8 à 10 h. du matin.

Bibliothécaires et Conservateurs du Musée : MM. Crignier et Vizioz.

A cette école se trouve adjointe une société savante dite *Société Odontologique*, qui se réunit le premier mardi de chaque mois. Elle est composée de membres adhérents et correspondants, et a pour président M. Ed. Damain, directeur de l'Ecole.

ECOLE D'ORTHOPÉDIE.

Cours gratuits (1).

L'enseignement comprendra quatre cours, divisés chacun en deux périodes, dites de première et de deuxième année : 1er Cours : *Anatomie normale et pathologique* ; 2e Cours : *Mécanique humaine* ; 3e Cours : *Mécanique appliquée et technologie* ; 4e Cours : *Sidérurgie. Le fer, la fonte, l'acier.* — Les cours d'anatomie et de mécanique humaine auront lieu alternativement le lundi et le mercredi de chaque semaine, à 8 heures 1/2 du soir, à la mairie du IIe arrondissement, 8, rue de la Banque, de novembre à fin février, soit 15 leçons. Les cours de mécanique appliquée et de technologie et le cours de sidérurgie auront lieu de mars à fin mai, soit 10 leçons environ.

(1) Sous le patronage de la *Chambre syndicale des Instruments et appareils de l'art médical.*

1re Année. Cours préparatoire.

ANATOMIE STATIQUE.

Squelettologie.

Professeur : M. le Dr BEURNIER, ex-chef de Clinique de la Faculté de médecine de Paris.

SOMMAIRE : 1re Leçon : Clavicule, omoplate, humérus. 2e Leçon : Radius et cubitus. 3e Leçon : Fémur. 4e Leçon : Tibia et peroné. 5e Leçon : Pied et main. 6e Leçon : Tête (conformation extérieure, os maxillaires). 7e Leçon : Bassin. 8e Leçon : Colonne vertébrale normale, colonne vertébrale pathologique. 9e Leçon : Articulations de la tête et du cou, articulations des vertèbres. 10e Leçon : Epaule. 11e Leçon : Coude. 12e Leçon : Poignet et articulations de la main. 13e Leçon : Hanche. 14e Leçon : Genou. 15e Leçon : Cou-de pied et pied.

MÉCANIQUE HUMAINE.

Professeur : M. le Dr MORA.

Cours de 1re année : *Principes de Géométrie.*

1re Leçon : Ligne droite, ligne courbe, circonférence, angles, perpendiculaires et obliques, parallèles, parallélogramme. 2e Leçon : Mesure des angles, bissectrice, tangente à la circonférence, raccord des droites et des courbes. 3e Leçon : Raccords des courbes entre elles, lignes proportionnelles et figures semblables. 4e Leçon : Surfaces, leur génération, surface plane, courbe, surface gauche, surfaces articulaires. 5e Leçon : Plan par rapport à un plan, plan vertical, horizontal, perpendiculaire, oblique, parallèle, angle de deux plans, de plusieurs plans. 6e Leçon : Surfaces et volumes de révolution, cylindre, cône, tronc de cône, sphère. 7e Leçon : Sections planes de ces surfaces, raccord des surfaces de révolution.

Principes de mécanique élémentaire.

8e Leçon : Force, direction, intensité, forces de même sens, de sens contraires, forces angulaires. 9e Leçon : Losange et parallélogramme des forces, résultante des forces angulaires, moment. 10e Leçon : Forces parallèles, leur résultante, couple moment, centre des forces parallèles. 11e Leçon : Centre de gravité des lignes, des surfaces, des volumes. 12e et 13e Leçons : Machines simples, leviers, poulie, treuil, plan incliné. 14e Leçon : Mouvement uniforme, varié, composition des mouvements, mouvement de rotation. 15e Leçon : Transformation des mouvements.

Les cours commenceront le lundi 7 novembre. Pour le cours de mécanique appliquée et de technologie, comme pour celui de sidérurgie, le programme et le sommaire seront publiés en temps, c'est-à-dire un mois environ avant l'ouverture de ces cours.

Pour obtenir une carte d'admission, il suffit de s'adresser, soit à M. G. Wickham, président de la Chambre syndicale, soit à M. F. Lacroix, secrétaire rapporteur de l'enseignement orthopédique, qui la délivreront gratuitement.

Nous ne saurions trop engager tous ceux qui s'exercent à la mécanique orthopédique et herniaire, ainsi que ceux qui s'intéressent ou se préparent à cet art industriel, à se faire inscrire à ces cours gratuits. Le bénéfice qu'il y aura pour chacun d'eux à puiser à cette source nouvelle est manifeste : il est inutile d'insister sur ce point. Ce sera là la meilleure préparation pour le travail d'atelier, aussi bien que pour le travail de conception et d'application sur nature des appareils de redressement, de prothèse et de contention. Jusqu'ici la mécanique spéciale n'avait point d'enseignement technique. La Chambre syndicale, grâce à l'initiative de M. Wickham, vient d'en créer un. C'est un nouvel et puissant outil de perfectionnement que les laborieux et les intelligents saisiront avec empressement. Tous nos compliments personnels aux organisateurs de cet enseignement ; tous nos vœux à cette hardie tentative, si désintéressée.

HOPITAUX DE BORDEAUX. — *Concours d'internat.* — Sont nommés internes titulaires : MM. 1, Vitrac ; 2, Cabau ; 3, Brunes ; 4, Chavannaz ; 5, Fieux ; 6, Vérot. — Les candidats à l'internat des hôpitaux ont été ensuite ainsi classés : 1, [illegible] ; 2, Verger ; 3, [illegible] ; 4, [illegible] ; 5, Degos ; 6, [illegible] ; 7, [illegible] ; 8, [illegible] ; 9, [illegible] ; 10, [illegible] ; 11, [illegible] ; 12, [illegible] ; 13, d'Alc[illegible] ; 14, Armand ; 15, Brau ; 16, Foix ; 17, Pitarce ; 18, Durand ; 19, Miquel ; 20, Sellier ; 21, Tribondeau ; 22, Martin ; 23, Faget ; 24, Daroux ; 25, Texier ; 26, Adoue ; 27, Gilbert ; 28, Bar[illegible] ; 29, Chalibert ; 30, [illegible] ; 31, Plazen[illegible] ; 32, Pont[illegible] ; 33, Delguel ; 34, Aurillaud ; 35, [illegible] ; 36, Brial ; 37, [illegible] ; 38, Fa[illegible] ; 39, Duch[illegible] ; 40, [illegible] ; 41, [illegible] ; 42, [illegible] ; 43, Goutier ; 44, Va[illegible] ; 45, Ver[illegible].

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

ANNÉE SCOLAIRE 1892-93.

Semestre d'hiver. — Cours.

Du 3 novembre au 15 mars.

Médecine légale et toxicologie : M. JAUMES, professeur. Des règles concernant les expertises médico-légales. De l'identité. Des questions relatives à la mort et au cadavre. — *Anatomie pathologique et histologie* : M. KIENER, professeur. Anatomie pathologique générale des tissus : — *Anatomie* : M. PAULET, professeur. Le système nerveux et les organes des sens. — *Pathologie interne* : M. RAUZIER, chargé. Maladies du système nerveux. — *Physique médicale* : M. IMBERT, professeur. Vision. Phonation. Audition.

Cours complémentaires et conférences.

Accouchements (Cours compl.) : M. GERBAUD, profess. Pathologie de la grossesse. — *Pathologie externe* (Cours compl.) : M. ESTOR, profess. Pathologie chirurgicale des membres. — *Anatomie* : M. GILIS, agrégé, chef des travaux. Description des organes génitaux urinaires. Anatomie chirurgicale de la tête. — *Physiologie* : M. HÉDON, profess. De la circulation. — *Chimie médicale* : M. MOITESSIER, profess. Métalloïdes et métaux ; leurs applications en médecine. — *Histoire naturelle médicale* : M. PLANCHON, Louis, professeur. Applications médicales de la Zoologie. — *Anatomie* : M. MOURET, prosecteur. Complément des cours et conférences. — *Pathologie et thérapeutique générale.* M. DUCAMP, professeur. Etiologie : causes externes (microbes pathogènes).

Semestre d'été. — Cours.

(*16 mars au 31 juillet*).

Chimie médicale : M. N... Chimie organique et biologique. — *Hygiène* : M. BERTIN, professeur. Hygiène de l'enfance, hygiène du vêtement, aliments, boissons, condiments. — *Physiologie* : M. HÉDON, chargé. Physiologie des centres nerveux. — *Thérapeutique et Matière médicale* : M. HAMELIN, professeur. Médication s'adressant aux éléments morbides (indications et agents médicamenteux). — *Botanique et Histoire naturelle médicale* : M. GRANEL, professeur. Etude spéciale des plantes employées en médecine. Végétaux parasites de l'homme. — *Médecine opératoire* : M. FORGUE, professeur. Chirurgie générale : Peau, vaisseaux, tendons et nerfs. Chirurgie spéciale : Crane et rachis, face et cou, poitrine et abdomen.

Cours complémentaires et Conférences.

Histologie (Cours compl.) : M. DUCAMP, profess. Histologie humaine (tissus et organes). — *Pathologie externe* : M. LAPEYRE, professeur. Pathologie chirurgicale : Bassin, anus et rectum, organes génito urinaires ; périnée, testicules et annexes ; organes génitaux de la femme. — *Pathologie interne* : M. BROUSSE, profess. Maladies générales : Fièvres. — *Physique médicale* : M. LECERCLE, profess. Electricité. Chaleur. Pesanteur. Applications médicales.

Cliniques.

Clinique interne : MM. GRASSET et CARRIEU. — *Clinique externe* : MM. DUBREUIL et TÉDENAT. — *Clinique obstétr. et gynécologique* : M. GRYNFELTT. — *Maladies mentales et nerveuses* : M. [illegible]. — *Maladies des yeux* : M. TRUC. — *Maladies des vieillards* : M. SARDA, agrégé. — *Maladies des enfants* : M. BAUMEL, agrégé, ch. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. BROUSSE, agrégé, ch.

Travaux pratiques obligatoires.

Physique médicale : M. IMBERT, professeur. Electrothérapie dans les hôpitaux. — *Anatomie* : M. GILIS, agrégé, chef des travaux. Dissections dans le pavillon anatomique, tous les jours. — *Anatomie pathologique* : M. BLAISE, agrégé, chef des travaux. Exercices au laboratoire (de midi à 2 heures). — *Chimie médicale* : M. VILLE, agrégé, chef des travaux. Expériences à l'Institut. — *Histoire naturelle médicale* : MM. GRANEL, professeur et PLANCHON (Louis), délégué. Exercices pratiques de botanique et de zoologie. — *Physiologie* : M. N..., chef des travaux. Démonstrations et exercices au laboratoire. — *Histologie* : M. BLAISE, agrégé, chef des travaux. Démonstrations et exercices au laboratoire. — *Médecine opératoire* : M. GILIS, agrégé, chef des travaux. Ligatures, amputations, désarticulations, résections. Opérations d'urgence. — *Physique médicale* : M. BERTIN-SANS (H.), agrégé, chef des travaux. Expériences à l'Institut.

Consultations gratuites.

Semestres d'hiver et d'été.

A l'Hôpital-Général, à 9 heures du matin : Le mercredi, médecine, le lundi et vendredi, chirurgie, le jeudi et le samedi, maladies syphilitiques et cutanées, le jeudi, accouchements et maladies des femmes, rue du Four-Saint-Eloi, à 9 h. du matin ; les mardi, jeudi et samedi, maladies des yeux ; les lundi et vendredi, à 10 heures, maladies des enfants ; le jeudi, à 9 heures, maladies des vieillards.

Professeurs honoraires :

Doyen honoraire : M. Benoit ; professeurs honoraires : MM. Dupré et Benoit ; secrétaire honoraire : M. Blaise.

Division des études.

Semestre d'hiver. — 1re *Année* : Cours de Physique ; Conf. de Chimie, d'Histoire naturelle ; Travaux pratiques de Physique. 2e *Année* : Cours d'Anatomie, d'Histologie ; Conférences d'Anatomie, de Physiologie ; Travaux pratiques d'Anatomie. 3e *Année* : Cliniques ; Cours d'Anatomie, de Physiologie, d'Histologie, de Pathologie interne, de Pathologie externe ; Travaux pratiques d'Anatomie. 4e *Année* : Cliniques ; Cours d'Anatomie pathologique, de Médecine opératoire, de Médecine légale, de Pathologie interne, de Pathologie externe, compl. d'Accouchements ; Travaux pratiques d'Anatomie pathologique.

Semestre d'été. — 1re *Année* : Cours de Chimie, d'Histoire naturelle ; Conférences de Physique ; Travaux pratiques de Chimie et d'Histoire naturelle. 2e *Année* : Cours de physiologie, complémentaires d'Histologie ; Conférences de Pathologie générale ; Travaux pratiques de Physiologie et d'Histologie. 3e *Année* : Cliniques ; Cours complémentaires d'Histologie ; Conférences de Pathologie générale, de Physiologie, de Pathologie interne, de Pathologie externe ; Travaux pratiques de Physiologie. — 4e *Année* : Cliniques ; Cours d'hygiène, de Thérapeutique et Matière médicale ; Conférences de Pathologie générale, de Médecine légale, de Pathologie interne, de Pathologie externe ; Travaux pratiques de Médecine opératoire.

Renseignements divers.

Le *Musée anatomique* et le *Musée d'hygiène* sont ouverts aux élèves tous les jours, le premier de midi à 4 h., le second de 2 à 4 h. — Le *Conservatoire du Jardin des plantes* est ouvert aux élèves tous les jours de midi à 4 heures. — La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de midi à 5 heures, le mercredi excepté, et les soirs, de 7 heures et demie à 9 heures et demie. — *Inscriptions trimestrielles*. Elles sont reçues au Secrétariat tous les jours, de 2 heures à 4 heures, du 3 au 20 novembre, et pour les trimestres de Janvier, Avril et Juillet, dans la première quinzaine de ces mois. — *Déclarations d'examens*. Elles sont reçues tous les jours, le Samedi excepté, entre 2 heures et 4 heures, en vue des examens de la semaine suivante.

Prix décernés annuellement par la Faculté.— Prix de 1re année, Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 2e année, Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 3e année, Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Prix de 4e année, Médaille d'argent et 185 fr. de livres. — Prix Fontaine, 423 francs. Somme délivrée à l'auteur de la meilleure thèse de doctorat. — Prix de la Ville de Montpellier, 200 francs. (Somme délivrée à l'élève qui a accompli la meilleure scolarité de doctorat). — Prix Bouisson, rente de 100.000 fr. divisée également entre cinq élèves méritants ayant fait toutes leurs études (thèse comprise) à la Faculté de Montpellier.

Montpellier, le 20 octobre 1892.

Mon cher Rédacteur en chef,

La réforme intérieure la plus importante à signaler dans l'année qui vient de s'écouler me paraît être la direction plus efficace que nous avons tâché de donner à nos élèves vers l'enseignement pratique et vers l'hôpital.

Les élèves de seconde année vont maintenant régulièrement à l'hôpital ; ils sont répartis entre les divers services, suivent la visite du professeur et sont initiés par lui (et par le chef de clinique surtout) à l'examen des malades (auscultation, percussion, sphygmographie, analyses d'urines, de crachats, pansements, injections hypodermiques, etc.).

En première année, les professeurs de physique, chimie et histoire naturelle *médicales*, pénétrés du désir de donner de plus en plus le caractère vraiment médical à leur enseignement, font faire aux élèves certains exercices pratiques à l'hôpital : analyses biologiques diverses pour la chimie, électricité, ophtalmoscopie pour la physique, pharmacologie pour l'histoire naturelle.

Cette tendance à faire converger toutes les études médicales autour de l'hôpital, dès la première année, justifie le maintien de cette première année dans nos Facultés : cet enseignement est impossible à donner dans une Faculté des sciences comme dans un lycée.

Il y a une physique, une chimie et une histoire naturelle *médicales*, *biologiques* si on préfère ; et l'enseignement de ces sciences appliquées ne peut se faire que chez nous.

Ce qui le prouve encore c'est la pénétration incessante, croissante et réciproque de nos enseignements ; les professeurs de chimie, de physique et d'histoire naturelle ou leurs aides sont les collaborateurs assidus et nécessaires des professeurs de physiologie et d'anatomie normale ou pathologique d'un côté, des professeurs de pathologie générale ou de clinique de l'autre. La plupart des travaux sortis de notre Ecole portent la marque de cette association indispensable, sans laquelle la biologie et la pathologie seraient démantelées.

Comme modifications de personnel, je signalerai la nomination du Pr Mairet, comme doyen, à la place du Pr Castan, décédé ; de M. Ville, à la chaire de chimie, à la place du Pr Engel, nommé à l'Ecole centrale ; et, après divers concours, de MM. Ducamp, Rauzier, Lapeyre et Moitessier, comme agrégés.

A propos des agrégés, j'insiste, une fois de plus, sur la nécessité qui s'impose d'organiser dans nos Facultés de médecine l'*agrégation-carrière*.

Cette position précaire de neuf ans, laborieusement conquise, peut, en province, ne conduire à rien, si les circonstances ne facilitent pas, dans ce laps de temps, l'accès d'une chaire. On ne fait pas mourir les professeurs à volonté et alors, quand l'agrégé voit le temps s'écouler, il songe à son avenir et à celui de sa famille et se jette dans la profession, au lieu de continuer les travaux. Rien n'a été fait encore dans ce sens, pour rapprocher nos agrégés de médecine des agrégés de droit.

Au contraire, de nouvelles difficultés ont surgi pour gêner la carrière des agrégés. Je veux parler de l'incertitude qui règne dans la nomenclature et l'avenir des chaires magistrales.

La chaire de pathologie interne est actuellement vide dans notre Faculté, mais nos agrégés ne savent pas si elle sera déclarée vacante ou si on la transformera en une autre et si cette autre sera une chaire de clinique ou de laboratoire. Que demain une chaire d'hygiène soit libre et la même indécision se reproduira. Ces incertitudes sont déplorables et très préjudiciables aux jeunes.

Que l'on décide, si l'on veut, la suppression des chaires théoriques ; cela peut être étudié, mais que ce soit fait *d'avance*, sur *un plan d'ensemble*, que tout le monde connaisse avant les concours d'agrégation. Sans cela, c'est une trahison.

De plus, comme tout changement dans le seul titre d'une chaire comporte le droit immédiat de la nomination directe par l'administration centrale, sans aucune présentation de la Faculté, on risque de soupçonner l'administration de partialité : rien n'est plus facile que d'attendre, temporiser, jusqu'au jour où on a poussé son candidat vers un but connu de lui et alors on transforme la chaire, on nomme le candidat que l'on a formé et les autres agrégés se découragent encore et ne veulent plus même compter sur les vacances ultérieures qui pourraient leur occasionner les mêmes désillusions.

Pour finir, je signale l'organisation de notre nouvelle clinique ophtalmologique qui est très complète et très moderne. Si on trouvait le moyen de nous faire une clinique obstétricale sur le même pied, notre installation hospitalière ne laisserait réellement plus rien à désirer.

Veuillez agréer, etc... Dr X.

Conseil général des Facultés de Paris. — Le Conseil général des Facultés et Ecole de pharmacie de Paris a tenu cette semaine sa première séance de l'année scolaire, à la Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard. Un cours libres est autorisé à la Faculté de médecine. Enfin le conseil règle quelques questions intérieures, et la séance est levée.

Monument Baillarger. — Un comité composé du docteur Blanche, de M. le professeur Charcot, des docteurs Motet, Falret, Mitivié, etc., s'est formé pour élever un monument au docteur Baillarger, l'aliéniste bien connu, membre de l'Académie de médecine, mort en 1891. L'inauguration de ce monument, dont l'exécution a été confiée au sculpteur Michel-Malherbe, aura lieu prochainement à l'hospice de la Salpêtrière, où le docteur Baillarger enseigna pendant une grande partie de sa vie.

Une méprise désagréable. — Le choléra est la cause parfois d'incidents tragi-comiques. A Utrecht, une servante fut atteinte d'une indisposition offrant tous les symptômes de la terrible maladie. Immédiatement, tout le monde se mit en quête d'un médecin. La dame du logis, en proie à une crise nerveuse, s'évanouit. Le personnel du service médical arrive et ordonne le transport au lazaret de la dame évanouie. Rentrant chez lui, le mari trouve sa servante gaie et bien portante : mais il ne retrouve pas..., sa femme, tenue en observation à l'hôpital.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

Cliniques, Cours et Travaux pratiques.

Semestre d'Hiver. Du 3 Novembre au 15 Mars.

Cliniques. — Clinique médicale : M. BERNHEIM, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures. — Clinique médicale : M. SPILLMANN, prof., à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. GROSS, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. HEYDENREICH, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique obstétricale : M. A. HERRGOTT, professeur, à la maison de secours, mardi, jeudi samedi, à 8 h.

Cliniques complémentaires. — Maladies des yeux : M. ROHMER, agrégé, à l'hôpital civil, mercredi, vendredi, à 11 heures. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. VAUTRIN, agrégé, à la maison de secours, mercredi, à 10 h. ; vendredi, à 5 h. — Maladies des enfants. M. SIMON, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, jeudi, à 11 h. — Maladies des vieillards : M. P. PARISOT, agrégé, à l'hospice Saint-Julien, mardi, samedi, à 11 h.

Cours. — Chimie médicale et toxicologie : M. GARNIER, professeur. Chimie organique dans ses applications à la médecine : 1° Série grasse, 2° Série aromatique ; 3° Alcaloïdes et corps non sériés, mercredi, jeudi, samedi, à 10 h. 1/2. — Physique médicale : M. CHARPENTIER, profes. Electricité médicale, mardi, samedi, à 2 h. 1/2. — Histoire naturelle médicale : M. MACÉ, prof. Zoologie médicale, lundi, mardi, à 10 h. — Anatomie descriptive : M. NICOLAS, agrégé. Organes des sens. Splanchnologie, mardi, jeudi, samedi, à 11 h. — Histologie : M. BARABAN, professeur. Eléments. Tissus. Systèmes, lundi, mercredi, vendredi, à 11 h. — Pathologie interne : M. HECHT, prof. Maladies de l'appareil respiratoire. Maladies du cœur et du péricarde, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — Pathologie externe : M. WEISS, professeur. Maladies des régions, lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — Hygiène : M. N..., prof. — Médecine légale : M. DEMANGE, profes. Empoisonnements. Suicide. Homicide, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h.

Cours complémentaires et conférences. — Accouchements (cours comp.) : M. RÉMY, agrégé. Dystocie, lundi, mercredi, à 5 h. — Physiologie : M. RENÉ, agrégé. Sécrétions, mardi, à 5 h. — Bandages et appareils : M. VAUTRIN, agrégé, jeudi, à 5 h. — Diagnostic médical : M. SIMON, agrégé. Appareils respiratoire et circulatoire, samedi, à 5 h. — Histoire naturelle : M. VUILLEMIN, agrégé. Botanique médicale, mercredi, à 9 h. — Embryologie : M. PRENANT, agrégé. Embryologie, lundi, mercredi, à 4 h.

Travaux pratiques obligatoires. — Chimie médicale : M. GARNIER, professeur. Chimie analytique, minérale et organique, lundi, de 2 à 4 h., mercredi, vendredi, de 1 h. 1/2 à 4 h. — Physique médicale : M. CHARPENTIER, professeur, mardi, jeudi, samedi, de 3 h. 1/2 à 5 h. — Histoire naturelle médicale : M. MACÉ, professeur. Anatomie comparée, mercredi, jeudi, vendredi, de 8 à 10 h. — Dissections : M. NICOLAS, agrégé (Amphithéâtre d'anatomie), tous les jours, de 1 à 5 h. — Anatomie pathologique : M. FELTZ, professeur. Questions spéciales d'anatomie et de physiologie pathologiques, mardi, jeudi, de 2 h. à 4 h.

Semestre d'Été. Du 16 Mars au 31 Juillet.

Cliniques. — Clinique médicale : M. BERNHEIM, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique médicale : M. SPILLMANN, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. GROSS, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures. — Clinique chirurgicale : M. HEYDENREICH, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique obstétricale : M. A. HERRGOTT, professeur, à la maison de secours, mardi, jeudi, samedi, à 8 h.

Cliniques complémentaires. — Maladies mentales : M. LANGLOIS, chargé de cours, à l'asile d'aliénés de Mareville, samedi à 2 h. — Maladies des yeux : M. ROHMER, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, vendredi, à 10 h. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. VAUTRIN, agrégé, à la maison de secours, mercredi, 10 h. ; samedi, 5 h. — Maladies des enfants : M. SIMON, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, jeudi, à 11 h. — Maladies des vieillards : M. P. PARISOT, agrégé, à l'hospice Saint-Julien, mardi, samedi, à 11 h.

Cours. — Physique médicale : M. CHARPENTIER, professeur. Optique médicale, mardi, à 10 h. — Histoire naturelle médicale : M. MACÉ, professeur. Botanique médicale, vendredi, samedi, à 10 h. — Physiologie : M. BEAUNIS, professeur, suppléé par M. RENÉ, agrégé. Physiologie générale. Organe des sens. Centres nerveux, lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — Médecine opératoire : M. CHRÉTIEN, professeur. Opérations qu'on pratique sur l'appareil digestif, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h — Anatomie et physiologie pathologiques : M. FELTZ, professeur. Questions générales d'anatomie et de physiologie pathologiques à l'aide de pièces et d'expériences, lundi, vendredi, à 2 h. — Thérapeutique et matière médicale : M. SCHMITT, professeur. De l'action médicamenteuse. Médications générales. Modificateurs de l'assimilation et de la désassimilation, lundi, mercredi, vendredi, à 5 h.

Cours complémentaires et conférences. — Chimie biologique : M. GUÉRIN, agrégé. Chimie de la digestion. Chimie des urines, mardi et samedi, de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2 — Accouchements : M. RÉMY, agrégé. Opérations obstetricales, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — Hygiène : M. POINCARÉ, prof. Excursions, jeudi, de 3 à 5 h. — Bactériologie : M. MACÉ, professeur, mercredi, à 3 h. — Pathologie interne : M. P. PARISOT, agrégé. Maladies du système nerveux, lundi, à 3 h.

Travaux pratiques obligatoires. — Chimie médicale : M. GARNIER, profes. Applications à l'étude des eaux potables, du lait, des urines, des liquides de ponctions, des calculs, etc. lundi de 2 h. à 4 h. du soir ; Analyse qualitative et volumétrique, mercredi et vendredi, de 7 h. à 10 h. du matin. — Physique médicale : M. CHARPENTIER, profes., mercredi, vendredi et samedi, de 3 h. 1/2 à 5 h. — Histoire naturelle médicale : M. MACÉ, professeur, lundi, mardi, jeudi, de 8 h. à 10 h. — Médecine opératoire : M. VAUTRIN, agrégé, mardi, jeudi, de 5 h. à 7 h. — Histologie : M. BARABAN, professeur, mardi, jeudi, de 1 h. à 5 h. — Physiologie : M. RENÉ, agrégé. Démonstrations de physiologie expérimentale et exercices pratiques, mercredi, samedi, de 3 h. à 5 h. — Anatomie pathologique : M. FELTZ, professeur. Questions spéciales d'anatomie et de physiologie pathologiques, mardi, jeudi, de 2 h. à 4 h.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ, TOURDES. — *Professeurs honoraires :* MM. STOLTZ, TOURDES, COZE, V. PARISOT, HERRGOTT, BÉCHET.

Prix décernés par la Faculté.

La Faculté décerne les prix suivants à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études. — Prix universitaires (lettre ministérielle du 10 juin 1884) : 1° Prix des sciences physiques, chimiques et naturelles, 1 médaille d'argent et 100 fr. de livres. Les élèves de 1re année sont seuls admis à concourir. — 2° Prix des sciences anatomiques et physiologiques. 1 médaille d'argent et 100 fr. de livres. Les élèves de 3e année sont seuls admis à concourir. — 3° Prix des sciences pathologiques : Médecine. 1 médaille d'argent et 185 fr. de livres. Chirurgie et accouchements. 1 médaille d'argent et 185 fr. de livres. Les élèves de 4e année (16 inscriptions) sont seuls admis à concourir pour ces prix. — Les lauréats auront droit seulement au remboursement des droits d'inscriptions versés par eux dans le courant de la dernière année scolaire. (Arrêtés des 20 février, 10 avril et 30 mai 1854). Prix de thèse de 325 fr. (donné par le Conseil général de Meurthe-et-Moselle et la ville de Nancy). Prix de l'Internat — dit prix Bénit — de 233 fr. Des mentions honorables pourront, en outre, être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents.

Tout étudiant qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de déposer au secrétariat : 1° une expédition légalisée de son acte de naissance ; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° s'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur ; ce consentement doit indiquer le domicile de son père ou de son tuteur ; 4° un certificat constatant qu'il a été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté (des renseignements complementaires seront donnés au secrétariat) ; 5° pour le grade de *docteur*, les diplômes ou certificats de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, ou, à la place de ce dernier, celui de bachelier ès sciences (complet), ou le diplôme de bachelier de l'enseignement spécial. Les *aspirants au titre d'officier de santé* doivent être âgés de 17 ans, et, à défaut de diplôme de bachelier, doivent produire, outre les pièces spécifiées ci-dessus (1°, 2°, 3°, 4°), le certificat d'études prescrit par le décret du 30 juillet 1885. — Les *Inscriptions* seront reçues tous les jours, de 10 heures à midi, du lundi 24 octobre au 15 novembre, et pour les trimestres de janvier, avril et juillet, du 1er au 15 de ces mois. Les bacheliers reçus à la session de novembre, les étudiants qui n'ont passé qu'en novembre les examens correspondant à la quatrième inscription et les étudiants libérés du service militaire à cette dernière époque seront admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. Il leur est accordé à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours. — Les *Consignations* pour les examens sont reçues tous les jours, à dater du lundi 24 octobre, de 10 heures à midi. Les Jurys d'examen fonctionnent à dater du mardi 3 novembre. — Les *Cours* et les *Travaux pratiques* ont commencé le 3 novembre.

Gratuité d'inscriptions. — Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscriptions sont adressées au Doyen de la Faculté, du 15 octobre au 1er novembre (art. 1er de l'arrêté du 31 mars 1887). — Elles sont accompagnées : d'un état certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille ; s'il s'agit d'inscriptions de première année, d'un extrait du dossier scolaire certifié par le Chef ou les Chefs des établissements d'enseignement secondaire où le postulant a fait ses deux dernières années d'études ; s'il s'agit d'inscriptions de 2e, de 3e ou de 4e année, d'un certificat d'assiduité aux cours et aux travaux pratiques de l'année précédente, délivré par les Professeurs et Chefs de travaux pratiques compétents (Idem, art. 2).

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY.

ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

Semestre d'hiver. — *3 novembre au 15 mars.*

Cours.

Chimie : M. JACQUEMIN, chimie minérale, mardi, mercredi, 2 h. 1/2 ; jeudi, 11 h. ; chimie organique, série grasse, mardi, 11 h. — *Toxicologie et physique* : M. SCHLAGDENHAUFFEN, étude des poisons et des empoisonnements, lundi, mercredi, 8 heures ; physique appliquée à la pharmacie, vendredi, 8 h. — *Histoire naturelle :* M. BLEICHER, notions de zoologie appliquée à la pharmacie, lundi, mercredi, vendredi, 10 h.

Cours complémentaires et Conférences.

Hydrologie et minéralogie : M. JACQUEMIN, professeur, études des minéraux les plus usuels, des eaux potables et des eaux minérales, mercredi, vendredi, 11 h. — *Botanique :* M. BRUNOTTE, agrégé, anatomie et physiologie végétales, lundi, vendredi, 5 h. ; cryptogamie (applications à la pharmacie), mercredi, 5 h. — *Chimie analytique :* M. KLOBB, agrégé, analyse minérale qualitative et quantitative, jeudi, 4 h. 1/4, samedi, 8 h. 1/4. — *Pharmacie galénique :* M. DELCOMINÈTE, opérations pharmaceutiques; médicaments qui en dérivent, mardi, samedi, 11 h., jeudi, 10 h.

Travaux pratiques.

Micrographie générale : MM. BLEICHER-BRUNOTTE, élèves de 2e année, vendredi, 2 à 5 h. — *Pharmacie galénique :* MM. DELCOMINÈTE-KLOBB, élèves de 3e année, lundi, mardi, de 2 h. à 5 h. — *Physique :* M. SCHLAGDENHAUFFEN, élèves de 3e année, mardi, 9 à 11 h. — *Chimie :* MM. JACQUEMIN-KLOBB, élèves de 1re année, lundi, jeudi, 2 h. à 5 h. ; samedi, 9 h. à 11 h. ; élèves de 2e année, jeudi, 2 h. à 5 h., samedi, 9 à 12 h. — *Micrographie appliquée :* MM. GODFRIN-BRUNOTTE, élèves de 3e année, samedi, 9 à 12 h.

Semestre d'été. — *16 mars au 31 juillet.*

Cours.

Matière médicale : M. GODFRIN, drogues fournies par les dicotylédones, mardi, jeudi, samedi, 8 h. — *Pharmacie :* M. HELD, médicaments minéraux, lundi, 9 h., mercredi, vendredi, 8 h.

Cours complémentaires et Conférences.

Chimie organique : M. KLOBB, agrégé, série grasse (suite), mercredi, vendredi, 11 h. — *Chimie analytique :* M. KLOBB, agrégé, analyse minérale et organique, lundi, 1 h. 1/4, samedi, 8 h. — *Botanique :* M. BRUNOTTE, agrégé, classification des phanérogames : dicotylédones, mercredi, vendredi, 9 h.

Travaux pratiques.

Micrographie appliquée : MM. GODFRIN-BRUNOTTE, élèves de 3e année, samedi, 9 h. à 12 h. — *Pharmacie chimique :* M. HELD, élèves de 2e année, mardi, 2 h. à 5 h. — *Micrographie générale :* MM. BLEICHER-BRUNOTTE, élèves de 2e année, vendredi, 2 h. à 5 h. — *Herborisation :* BLEICHER-BRUNOTTE, élèves de 1re, 2e et 3e années, jeudi. — *Chimie analytique :* MM. JACQUEMIN-KLOBB, élèves de 2e année, lundi, 2 h. à 5 h. — *Chimie minérale :* MM. JACQUEMIN-KLOBB, élèves de 1re année, mardi, samedi, 9 h. à 12 h. — *Toxicologie :* MM. SCHLAGDENHAUFFEN-KLOBB, élèves de 3e année, mardi, 2 h. à 5 h.

Prix décernés par l'Ecole. — L'Ecole décerne les prix suivants à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études :

1° *Prix Universitaires* (décret du 21 avril 1869). — De 1re année, 1 médaille d'argent et 30 fr. de livres ; de 2e année, 1 médaille d'argent et 75 fr. de livres ; de 3e année, 1 médaille d'or d'une valeur de 300 fr.

Les lauréats de 1re et de 2e années sont dispensés des droits d'inscriptions (120 fr.) et d'examens semestriels (50 fr.), afférents à l'année scolaire suivante ; le lauréat de 3e année aura droit à la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Un lauréat qui aurait obtenu successivement le prix de 1re, de 2e et de 3e années, jouira de la gratuité complète des droits qui lui resteront à acquitter pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe. (Décret du 21 avril 1869.)

2° *Prix des travaux pratiques.* — En exécution de l'article 8 du décret du 12 juillet 1878 : « Tout excédent de recettes constaté sur le produit des rétributions pour travaux pratiques après paiement des frais afférents à ces travaux, est employé en prix et encouragements aux élèves les plus méritants. » — L'Ecole décerne annuellement une *médaille d'argent* et en outre, s'il y a lieu, une *médaille de bronze* pour les concours suivants :

1re année, prix de chimie ; 2e année, 1° prix de micrographie générale ; 2° prix de chimie ; 3e année, 1° prix de micrographie appliquée ; 2° prix de chimie et toxicologie.

3° *Prix du Conseil général de Meurthe-et-Moselle* (250 fr.) *et de la ville de Nancy* (75 fr.).

Les cours et examens ont commencé le mardi 3 nov., les travaux pratiques le mardi 10 novembre. Les inscriptions sont reçues du lundi 26 octobre au vendredi 20 novembre inclusivement. Les examens de validation de stage auront lieu le lundi 3 nov. 1891, à 9 heures du matin, et le vendredi 31 juillet 1892, à 8 h. du matin.

Nancy, 24 octobre 1892.

Mon cher Confrère,

La Faculté de médecine de Nancy a été frappée cette année par quatre deuils successifs : MM. Emile Parisot, professeur-adjoint, Roussel, Béchet, professeur honoraire, Poincaré, professeur titulaire qui ont laissé parmi nous autant de noms qui éveilleront le souvenir de carrières bien remplies, vouées tout entières à l'enseignement et à la pratique de la médecine.

Si la Faculté a eu ses peines, elle a eu aussi ses joies. Aujourd'hui elle voit avec orgueil et satisfaction s'élever un Institut anatomique qui n'aura rien à envier aux établissements analogues de l'étranger et fournira aux élèves des moyens d'instruction incomparables.

Les hôpitaux offrent également de nouvelles ressources : la Clinique des maladies des enfants sera sous peu transférée dans un spacieux pavillon, dû à la munificence d'une généreuse donatrice, Mlle Virginie Mauvais. Enfin, comme pour prouver la nécessité de ces dernières créations, jamais rentrée, au point de vue du nombre des étudiants inscrits, ne s'est présentée sous de plus heureux auspices que cette année.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments. Dr X.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE.

Programme du semestre d'hiver.

OUVERTURE LE 3 NOVEMBRE 1892.

Cours.

Anatomie normale : M. DEBIERRE, professeur. Nerfs craniens. Organes des sens. Splanchnologie. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 1). — *Histologie :* M. LAGUESSE, chargé du cours (2e partie du cours). Organes et appareils : spécialement organes de la digestion, de la respiration, de la circulation et organes génito-urinaires. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 3). — *Anatomie pathologique et pathologie générale :* M. CURTIS, chargé du cours (1re partie du cours). Altérations des éléments anatomiques, des tissus et des humeurs. Inflammations. Tumeurs (La leçon du samedi est spécialement consacrée à la bactériologie). Mardi, jeudi, samedi à 4 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 3). — *Clinique médicale :* M. WANNEBROUCQ, professeur. Leçons cliniques. Mardi, jeudi, samedi, à 8 h., à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique chirurgicale :* M. FOLET, professeur-doyen. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures, à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques :* M. LELOIR, professeur. Leçons cliniques. Mardi, mercredi, vendredi, à 10 h., à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique ophtalmologique :* M. F. DE LAPERSONNE, professeur. Leçons cliniques. Lundi et jeudi, à 10 h.; mercredi, à 11 h., à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Hygiène :* M. ARNOULD, professeur. L'habitation. Le vêtement. Les soins corporels. L'alimentation. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 3). — *Chimie médicale et Toxicologie :* M. LESCŒUR, professeur. Eléments de chimie : Métalloïdes. Métaux. Applications à la toxicologie. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 4). — *Physique médicale :* M. DOUMER, professeur. *a)* Cours commun aux étudiants en médecine et aux étudiants en pharmacie ; Electricité et Magnétisme. *b)* Cours pour les étudiants en médecine : Phénomènes physiques de la nutrition et de la chaleur animale. *c)* Cours pour les étudiants en pharmacie : Applications des actions moléculaires et de la lumière à la pharmacie, à la chimie et à la toxicologie. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 1/2, à la Faculté (amphithéâtre n° 5). — *Pharmacie et Pharmacologie :* M. LOTAR, professeur. Pharmacie chimique. Médicaments fournis à la pharmacie par les métalloïdes et les métaux. Essai de ces produits. Pharmacie galénique (2e partie du cours). Mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 3/4, à la Faculté (amphithéâtre n° 4).

Cours complémentaires.

Accouchements : M. N..., chargé du cours. Leçons cliniques. Lundi, vendredi, à 5 h., à la Faculté amph. n° 3. — *Maladies des enfants et syphilis infantile :* M. [illegible], chargé du cours. Leçons cliniques. Mardi, [illegible], à 10 h., à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique chirurgicale des enfants.* M. PHOCAS, chargé du cours. Leçons cliniques. Visites, conférences et opérations au lit du ma-

lade, tous les jours à 10 h. Leçons, le jeudi, à 5 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Conférences.

Conférences d'histoire naturelle : M. Barrois, agrégé. Zoologie médicale. Mardi, jeudi, vendredi, à 9 h. 1/4, à la Faculté (amphithéâtre n° 1). — *Conférences d'anatomie* : M. Carpentier, chef des travaux anatomiques. Système musculaire. Système vasculaire. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 1). — *Conférences du laboratoire des cliniques* : M. N..., chef du laboratoire. Jeudi, à 10 h. du matin (au laboratoire, hôpital de la Charité).

Travaux pratiques. Laboratoires.

Dissections : M. Carpentier, chef des travaux anatomiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, de 1 h. 1/2 à 5 h., à la Faculté.— *Travaux du laboratoire des cliniques* : M. N.., chef du laborat. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, de 8 h. 1/2 à 11 h., au laboratoire des cliniques. — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique* : M. Curtis, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations, Lundi et mercredi, de 2 à 4 h., à la Faculté. — *Travaux pratiques d'Histoire naturelle*. M. Barrois, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi (voir l'affiche spéciale), à la Faculté.—*Manipulations chimiques et pharmaceutiques* : M. N..., chef des travaux chimiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, de 2 à 5 h., à la Faculté. — *Exercices pratiques de physique* : M. N..., chef des travaux de physique. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, jeudi, samedi, de 2 h. à 5 heures, à la Faculté.

Cours annexe.

Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes : M. Gaulard, professeur. Théorie des accouchements, accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 2). — *Doyen et professeur honoraire* : M. Cazeneuve. — *Doyen honoraire* : M. Wannebrouck. — *Professeur honoraire* : MM. Garreau. — *Agrégés* : MM. Thibaut, Th. Barrois, Combemale, Phocas, Bureau, Curtis, Laguesse, Surmont, Carlier, Tracou, Bédard, Castex. — *Chefs de clinique* : MM. Brunelle, Dutilleul, Gaudier, N... et N...

Dispensaires et consultations gratuites

AUX HÔPITAUX DE SAINT-SAUVEUR ET DE LA CHARITÉ.

Maladies internes, maladies des femmes et des enfants, maladies externes, maladies cutanées et syphilitiques, maladies des yeux, électrothérapie, aux jours et heures indiqués par l'affiche spéciale.

La bibliothèque est ouverte, tous les jours non fériés, de 10 h. à midi et demi et de 2 h. 1/2 à 6 heures.

Musées : M. Delplanque, chargé des fonctions de conservateur. Les musées d'anatomie, d'histoire naturelle et de matière médicale sont ouverts les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de 2 h. à 5 heures.

Rappel des Cours du Semestre d'Été.

Physiologie : MM. Wertheimer. — *Pathologie interne et pathologie expérimentale* : Leroy.—*Thérapeutique* : Combemale — *Opérations et appareils* : Phocas. — *Clinique médicale* : Lemoine. — *Clinique chirurgicale* : Dubar. — *Clinique obstétricale* : Gaulard.— *Médecine légale* : Castiaux. — *Pathologie externe* : Baudry. — *Accouchements* : Demon. — *Chimie organique* : Lambling. — *Physique médicale* : Doumer. — *Histoire naturelle* : Moniez. — *Matière médicale* : Morelle. — *Maladies des enfants et syphilis infantile* : Castelain. — *Clinique chirurgicale des enfants* : Phocas. — *Conférence du laboratoire des cliniques* : Combemale. — *Conférences de Pharmacie* : Thibaut.

Les inscriptions trimestrielles doivent être prises du 2 au 15 novembre, du 3 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet; munis d'un bulletin de versement, qui leur sera délivré par le secrétaire de la Faculté, les étudiants se présenteront à la caisse du receveur des droits universitaires, 245, rue Solférino, pour acquitter les droits exigés. Les aspirants au Doctorat doivent, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire les diplômes de bachelier ès lettres, ou, à la place de celui-ci, le diplôme de bachelier de l'Enseignement secondaire classique (Lettres-Philosophie), et de bachelier ès sciences restreint pour la partie mathématique, ou, à la place de celui-ci, le diplôme de bachelier de l'enseignement spécial (Décret du 28 juillet 1882). Les aspirants au Diplôme supérieur de pharmacie doivent justifier du grade de pharmacien de 1re classe et de celui de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles et soutenir une thèse ; à défaut du grade de licencié, ils ont à accomplir une 4e année d'études pharmaceutiques, et à subir un examen comprenant une épreuve écrite, une épreuve pratique, et une épreuve orale sur les matières des licences ès sciences physiques et naturelles appliquées à la pharmacie (Décret du 12 juillet et arrêté du 31 juillet 1878). Les aspirants au grade de pharmacien de 1re classe doivent justifier, avant de prendre la première inscription, du grade de bachelier ès lettres ou de celui de bachelier ès sciences complet, ou de celui de bachelier de l'Enseignement secondaire spécial, ou de celui de bachelier de l'Enseignement secondaire moderne, de 3 ans de stage accompli dans une officine et validé par un examen spécial. A moins d'avoir obtenu, avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'etudes de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat de l'examen de grammaire complété par l'examen scientifique, les aspirants au titre d'officier de santé devront, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire le certificat d'études établi par le décret du 30 juillet 1886. Les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe doivent produire le certificat de grammaire complété, ou le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, et, en outre, justifier de trois ans de stage accompli dans une officine et validé par un examen spécial (Décret du 26 juillet 1885), pour prendre la 1re inscription de scolarité. Pour prendre la 1re inscription de stage, ils devront justifier du nouveau certificat d'études institué par le décret du 30 juillet 1886, à moins d'avoir obtenu, avant le 1er novembre 1887, soit le certificat de grammaire complété, soit le certificat d'études de l'Enseignement secondaire spécial. (Décret du 30 juillet 1886). La session de novembre des examens de validation de stage officinal s'ouvrira, à la Faculté, le 4 novembre prochain ; celle des examens de fin d'année, le 5 du même mois.

Voici les changements qui se sont produits dans la Faculté pendant l'année écoulée : Le cours complémentaire de maladies des yeux a été transformé en chaire magistrale d'ophtalmologie, qui a été dévolue à M. le professeur Félix de Lapersonne. Par contre, la chaire magistrale de médecine opératoire a fait place à un simple cours complémentaire. La chaire de physiologie de la Faculté, déclarée récemment vacante, va être, dans quelques semaines, pourvue de son titulaire.

Au cours de cette année, la direction de la Faculté a passé de M. le Dr Wannebroucq, parvenu au terme de son décanat, et nommé doyen honoraire, à M. le Dr Folet, professeur de clinique externe.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1892-1893.

Ouverture des cours le 3 novembre 1892.

Professeurs honoraires : MM. Desgranges, Paulet, Bouchacourt, Chauveau, Glénard.

Cours et cliniques.

Cliniques médicales : M. Lépine, professeur; clinique tous les matins à 9 h.; leçons cliniques : mardi, jeudi et samedi, de 10 h. à 11 h., Hôtel-Dieu. — M. Bondet, professeur, semestre d'été. Hôtel-Dieu. Les Cliniques générales sont ouvertes à tous les étudiants. — *Cliniques chirurgicales* : M. Ollier, professeur; clinique tous les matins à 9 heures; leçons : lundi, mercredi et vendredi, de 10 h. à 11 heures. Hôtel-Dieu; — M. Poncet, professeur, semestre d'été. Hôtel-Dieu. Les Cliniques générales sont ouvertes à tous les étudiants. — *Clinique obstétricale* : M. Fochier, professeur; leçon clinique, les mardi, jeudi, samedi, de 5 h. à 6 h. Visite et examen tous les matins à 8 h., à la Charité. Médecine, 4e année.— *Clinique ophtalmologique* : M. Gayet, professeur; clinique : mardi, samedi, de 10 h. à 11 h., Hôtel-Dieu. Médecine, 2e année. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Gailleton, professeur; leçons : mardi, vendredi, de 9 h. à 11 h., Antiquaille. Médecine, 2e année. — *Clinique des maladies mentales* : M. Pierret, professeur. Bron. Médecine, 4e année. — *Chimie organique et Toxicologie* : M. Cazeneuve, professeur; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. à 4 h. Amphithéâtre de chimie. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années — *Matière médicale et botanique*. M. Florence. profr; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2, Amphithéâtre C. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années. — *Zoologie médicale et Anatomie comparée* : M. Lortet, professeur; leçons : mardi, jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re et 2e années. — *Anatomie* : M. Testut, professeur; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. Amphithéâtre A. Médecine, 2e et 3e années. — *Anatomie générale et Histologie* : M. Renaut, professeur, leçons : mardi, jeudi, samedi, de 5 h. à 6 heures. Amphithéâtre de chimie. Médecine, 2e et 3e années. — *Anatomie pathologique* : M. R. Tripier, professeur; leçons : mardi, Laboratoire (Salle des Travaux pratiques); jeudi, Hôtel-Dieu Salle des Autopsies; samedi, Laboratoire (Salle des Travaux pratiques), de 2 h. à 3 h. Médecine, 4e année. — *Médecine légale* : M. Lacassagne, professeur; leçons : lundi, Amphithéâtre de la section C; mercredi, vendredi, La Morgue, de 2 h. à 3 h. Médecine, 4e année. — *Thérapeutique* M. Soulier,

professeur ; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 4 h. à 5 h. Amphithéâtre de la section A. Médecine, 4e année.

Cours du semestre d'été.

Maladies mentales : M. Pierret. — *Physique médicale* : M. Monoyer. — *Physiologie* : M. Morat. — *Pathologie externe* : M. Berne. — *Pathologie générale* : M. Mayet. — *Médecine opératoire* : M. X.... — *Médecine expérimentale et comparée* : M. Arloing. — *Hygiène* : M. Rollet. — *Pathologie interne* : M. Teissier. *Chimie médicale et pharmaceutique* : M. Hugounenq.— *Pharmacologie* : M. Crolas.

Enseignement complémentaire.

Clinique des maladies des femmes : M. Laroyenne, professeur adjoint ; semestre d'été. La Charité. Médecine, 4e année. — *Clinique des maladies des enfants* : M. Perret, agrégé ; clinique : lundi, mercredi ; leçon : vendredi, de 8 h. à 9 h. La Charité. Médecine, 4e année.— *Accouchements* : M. Pollosson, agrégé ; semestre d'été. Médecine, 3e année. — *Botanique* : M. Beauvisage, agrégé ; semestre d'été. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re année. — *Histoire des sciences* : M Hannequin, chargé de cours à la Faculté des Lettres ; leçon : samedi, de 5 h. à 6 heures. Amphithéâtre de la section C. Médecine, 1re année.

Enseignement auxiliaire.

Physique : M. Didelot, agrégé ; conférence : lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h., Amphithéâtre de physique. Médecine, 1re année ; pharmacie, 1re et 3e années ; pharmacie, 1re et 3e années ; médecine, 1re année, pharmacie, 1re et 3e années.— *Chimie médicale et pharmaceutique* : M. X..., agrégé ; conférence : mardi, jeudi, de 3 h. à 4 h., Amphithéâtre de chimie. Médecine, 1re année ; pharmacie, 1re année.— *Pathologie interne* : M. Lannois, agrégé ; conférence : mardi, samedi, de 4 h. à 5 h., Petit Amphithéâtre B. Médecine, 3e et 4e années. — *Pathologie externe* : M. Augagneur, agrégé ; conférence : lundi, vendredi, de 5 h. à 6 h. Petit amphithéâtre B Médecine, 2 et 3e années. — *Maladies cutanées et syphilitiques* : M. Rollet, agrégé ; conférence : lundi, jeudi, de 9 h. à 10 h. Antiquaille. Médecine, 2e année.

Conférences du semestre d'été.

Anatomie : M. Jaboulay. — *Maladies cutanées et syphilitiques* : M. Rollet (Etienne). — *Toxicologie* : M. X... — *Minéralogie* : M. Didelot. — *Anatomie pathologique* : M. Devic. — *Hydrologie* : M. Deroide.— *Histologie et Embryologie* : M. Vialleton.— *Petite chirurgie* : M. Pochet.

La *Bibliothèque* de la Faculté est ouverte aux élèves tous les jours, le dimanche excepté, le matin, de 9 heures et demie à 11 heures et demie ; l'après-midi, de 1 heure à 5 heures.

Lyon, le 24 octobre 1892.

Monsieur le rédacteur en chef,

L'année scolaire qui vient de finir a été prospère pour notre Faculté de médecine. Le nombre des étudiants va toujours s'accroissant : il atteignait presque le chiffre de 1,100 à la rentrée dernière, il sera dépassé cette année.

110 thèses de doctorat ont été soutenues depuis le mois de novembre 1891 jusqu'au mois d'août 1892. Toutes témoignent de l'ardeur qu'apportent au travail nos étudiants civils et militaires : plusieurs d'entre elles constituent des travaux originaux d'une vraie valeur, qui témoignent hautement de l'activité qui règne dans nos hôpitaux comme dans nos laboratoires.

Les examens du doctorat se multiplient également. Nous en comptons cette année 300 de plus que l'année dernière.

Les concours d'externat et d'internat réunissent un tel nombre de concurrents qu'on a dû pour le premier d'entre eux créer une épreuve d'admissibilité permettant de diminuer le nombre des postulants à examiner.

Cette pléthore de candidats prêts aux concours, aptes à remplir les positions vacantes, se retrouve plus grand encore aux épreuves du clinicat et aux concours hospitaliers de médecine et de chirurgie.

Tout le monde travaille avec courage : les deux nouveaux professeurs élus l'an dernier par leurs collègues, MM. Hugonnenq et Florence, ont réuni cette année autour de leur chaire magistrale un public nombreux d'élèves attentifs.

Un des maîtres de notre Faculté, M. le professeur Arloing, a obtenu de l'Institut, comme récompense de ses travaux, le prix La Caze.

Des changements nombreux ont été apportés au personnel des agrégés. En chirurgie, MM. Chandelux, Pollosson et Sabatier ; en médecine, M. Bard ; en chimie, M. Linossier ; en cacouchements, M. Poullet ; en histoire naturelle, M. Beauvisage, arrivaient au terme de leur mandat. De brillants concours ont pourvu au remplacement de nos regrettés collègues.

Les trois places d'agrégés de pathologie externe ont été attribuées à MM. Rochet, Rollet et Condamin ; celles de pathologie interne à MM. Courmont et Devic ; celle d'accouchement à M. Auguste Pollusson, frère de l'agrégé sortant de chirurgie. En histoire naturelle, M. Roux, directeur du laboratoire d'hygiène, a été nommé agrégé. En chimie, enfin, où deux places étaient vacantes, une seule a été remplie par la nomination de M. le Dr Beyrac, pharmacien militaire.

Le bruit court à ce sujet que M. Beyrac, affecté par le ministère de la guerre à une autre garnison, se verrait refuser toute permutation, et ne pourrait pas prendre possession de ses fonctions. Nous ne pouvons croire à un tel fait : M. Beyrac ne s'est présenté qu'avec l'autorisation de ses supérieurs hiérarchiques, et nous ne saurions admettre qu'il fût privé du fruit de son travail et qu'on l'empêchat de jouir d'un succès qu'il a si dignement mérité.

Deux anciens agrégés, M. Perret et M. Beauvisage, ont été maintenus en fonctions pour une période de 3 ans et chargés, l'un, d'un cours de clinique des maladies de l'enfance, et l'autre d'un cours de botanique.

M. Linossier a été désigné par la Faculté pour conserver, pendant un an, ses fonctions d'agrégé de chimie.

M. Bard, qui quitte l'agrégation, reste attaché à la Faculté comme chef des travaux d'anatomie pathologique.

Enfin, nous avons eu le plaisir d'apprendre ces jours derniers que M. le Dr Audry, chef de clinique de M. le professeur Ollier, venait d'être nommé à Toulouse comme chargé de cours des maladies syphilitiques et cutanées.

Nous avons eu cette année l'honneur d'être visités par M. Bourgeois, ministre de l'instruction publique. Le grand-maître de l'Université a voulu voir par lui-même l'organisation de notre enseignement, le fonctionnement de nos hôpitaux et de nos laboratoires, et la vive satisfaction qu'il a éprouvée s'est traduite par la promesse qu'il a faite de travailler de tout son pouvoir à la fondation de cette Université lyonnaise que nous appelons de tous nos vœux.

Au milieu de toute cette prospérité et de tous ces gages de bonheur, l'année qui vient de s'écouler nous a apporté aussi ses difficultés et ses tristesses.

Une émulation excessive entre les étudiants civils et militaires a jeté un instant la discorde entre ces jeunes gens faits pour s'estimer et s'aimer. Quelques manifestations bruyantes ont forcé à suspendre les cours pendant quelques jours. Il a suffi de ce court répit, des sages conseils du recteur et du conseil académique pour que tout rentrât dans l'ordre ; des disputes d'antan il ne reste plus même le souvenir, et la fusion est aujourd'hui complète entre tous les étudiants de notre Faculté.

Un deuil cruel nous a malheureusement frappés. M. Léon Tripier, professeur de clinique chirurgicale, a été soudainement enlevé en pleine jeunesse à l'affection de ses amis et de ses élèves. Cette perte douloureuse, que rien ne pouvait faire prévoir, a été vivement ressentie par tous, et d'unanimes regrets ont accompagné dans sa tombe ce savant et cet homme de bien dont la Faculté gardera toujours le souvenir.

M. le professeur Poncet a quitté la chaire de médecine opératoire pour celle de la clinique chirurgicale. Il n'a pas encore été remplacé, et l'année s'ouvre aussi avec des compétitions nombreuses pour la chaire restée vacante.

Tels sont, monsieur le rédacteur en chef, les faits les plus saillants de cette année scolaire. Notre Faculté, vous le voyez, continue sa marche en avant, régulièrement, sans secousse, sans arrêt. L'année qui s'ouvre pour nous est pleine de promesses : des locaux nouveaux, somptueusement aménagés, vont être mis à la disposition des cliniques médicale et chirurgicale, et pourront être bientôt inaugurées. Le nombre toujours croissant des élèves rendait cette réforme nécessaire pour lutter contre l'encombrement et pour donner à tous, maîtres et étudiants, les moyens de poursuivre, le plus franchement possible, leurs études et leurs recherches.

Recevez, monsieur le rédacteur en chef, l'assurance de mes sentiments les plus distingués. Dr Z.

Ecole du Service de Santé militaire de Lyon.

Cette Ecole, instituée par un décret du 25 décembre 1888, est établie près la Faculté de médecine de Lyon. Son but est d'assurer le recrutement des médecins de l'armée active, de seconder les études universitaires des élèves du service de santé et de les initier à la discipline et aux habitudes de la vie militaire. Les brillants résultats obtenus depuis quatre ans et l'affluence des candidats au dernier concours démontrent l'utilité d'une fondation qui assure, au Ministre de la Guerre, M. de Freycinet, la reconnaissance de tout le corps de santé.

Les élèves se recrutent au concours parmi les étudiants en médecine pourvus de 4 inscriptions, ayant subi le premier examen de doctorat et âgés de moins de 22 ans au 1er janvier de l'année du concours qui a lieu aux mois de juillet et août. Le programme de ce concours est publié, chaque année, au *Journal officiel* et au *Bulletin militaire officiel*. L'école compte cette année 240 élèves.

Le prix de la pension est de 1,000 fr. par an et celui du trousseau de 1,000 fr.; des bourses, 1/2 bourses, trousseaux et 1/2 trousseaux peuvent être accordés aux élèves dont les familles sont incapables de subvenir à leur entretien à l'Ecole. Les élèves y continuent leurs études médicales au même titre que tous les autres étudiants et subissent leurs examens universitaires devant la Faculté de médecine. Ils doivent être pourvus du diplome de docteur en médecine, au plus tard le 1er février de leur cinquième année d'études, époque à laquelle ils entrent à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grace), pour y être initiés à la pratique spéciale de la médecine d'armée. En cas de double échec à un examen de doctorat ou de faute grave contre la discipline, les élèves sont renvoyés de l'Ecole et astreints à faire 3 ans de service comme soldats dans un régiment. Les jeunes docteurs passant au Val-de-Grace prennent l'engagement de servir pendant six ans au moins comme médecins militaires, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les élèves reçoivent à l'Ecole un complément d'instruction et d'initiation militaires, destiné à les familiariser de bonne heure avec les exigences de la carrière qu'ils ont choisie. L'équitation, l'escrime, les exercices militaires leur sont enseignés; des conférences d'allemand ont pour but de leur conserver et de perfectionner chez eux les connaissances qu'ils ont acquises dans cette langue; ils reçoivent des notions sur l'administration de l'armée et sur le service médical militaire; enfin, à titre de délassement, des conférences de littérature et d'histoire contemporaine leur sont faites, une fois par semaine, dans l'intérieur de l'Ecole, par des professeurs de la Faculté des lettres de Lyon.

Les élèves sont nourris et logés dans l'intérieur de l'Ecole; ils suivent les cours, travaux pratiques et cliniques de la Faculté au même titre que les élèves civils; ils se rendent librement à ces cours, mais leur présence est constatée par des appels avant les différents exercices. Le régime intérieur diffère peu de celui de l'Ecole polytechnique. La nouvelle Ecole, en voie de construction, formera un magnifique et immense batiment, au voisinage immédiat de la Faculté, dont la dépense, supportée par la ville, dépassera trois millions de francs; les travaux seront achevés au mois de novembre 1893. En attendant, l'Ecole est provisoirement installée dans une partie parfaitement distincte de l'hôpital militaire Desgenettes, avec tout le confortable désirable. Les élèves sont considérés et traités comme élèves officiers; leur uniforme se rapproche beaucoup de celui de l'Ecole polytechnique.

Le personnel médical de l'Ecole est composé de la façon suivante: *Directeur*: Dr Vallin, médecin inspecteur de l'armée, membre de l'Académie de médecine.

Sous-Directeur: Dr Viry, médecin principal de 2e classe, médecin-chef de l'hopital militaire Desgenettes.

Major: Dr Martino, médecin-major de 1re classe.

Répétiteurs: Drs A. Ber[illegible], physiologie et histologie; Manquat, thérapeutique, hygiène et médecine légale; Broussès, pathologie externe; Hassler, médecine opératoire et accouchements; Lemoine, pathologie interne; Ferraton, anatomie.

Les répétiteurs, du grade de médecin-major, ont pour mission de seconder les élèves dans leurs études universitaires par des interrogations sur les matières traitées au cours de la Faculté et, au besoin, par des conférences complémentaires. La surveillance est assurée par 5 aides-majors de 1re classe ou médecins-majors et par 6 adjudants sous-officiers appartenant à toutes les armes.

L'hopital militaire Desgenettes est rattaché à l'Ecole sous le titre d'hopital d'instruction; le directeur de l'Ecole est en même temps le directeur de l'hôpital. Le sous-directeur en est le médecin-chef et les répétiteurs, chargés chacun d'un service de malades, initient chaque matin une partie des élèves aux éléments de la chirurgie avant de les envoyer aux cliniques de la Faculté. Les élèves de l'Ecole participent aux immenses ressources que la Faculté de médecine et les hôpitaux de Lyon mettent à la disposition des étudiants; ses cliniques d'une grande richesse, des collections scientifiques, des laboratoires parfaitement outillés, des ressources anatomiques, uniques peut-être en France, tout démontre que la ville de Lyon était digne à tous égard de recueillir le pieux héritage de Strasbourg.

Il ne faut donc pas s'étonner si le nombre des élèves militaires refusés aux examens de la Faculté est extrêmement faible. Et cela ne vient pas d'une bienveillance particulière de la part des professeurs, car le nombre des bonnes notes est très élevé, plusieurs élèves ont eu la note exceptionnelle et très rarement donnée à Lyon, de *très satisfait* ou *extrêmement satisfait*. La vérité est que les élèves de l'Ecole présentent une véritable sélection, puisque sur 300 candidats qui se présentent chaque année pour 55 ou 60 places; il est évident que le concours fait entrer les meilleurs; ils ne manquent ni une séance de dissection ou de médecine opératoire, ni un accouchement. Le nombre des sujets distribués aux élèves militaires l'hiver dernier a été de 6 par tables de 5 élèves. Chaque élève militaire fait ou voit faire 12 à 15 accouchements et suit chacune de ces accouchées jusqu'à la sortie de l'Hôpital. D'autre part, ces élèves suivent tous les cours, exercices pratiques, cliniques de la Faculté. Six répétiteurs font chaque jour des cours et des conférences sur les matières traitées aux cours ou nécessaires pour les examens, et tiennent les élèves ainsi en état d'entrainement. Le soir, ceux-ci travaillent librement dans leurs études jusqu'à dix heures, avec des ressources de livres considérables.

L'Ecole ne reçoit pas d'élèves en pharmacie; les jeunes gens qui veulent suivre la carrière de pharmacien militaire doivent se faire d'abord recevoir pharmacien de 1re classe, puis ils se présentent à un examen d'admission qui a lieu tous les ans au Val-de-Grace où ils font un stage d'un an avant d'être nommés pharmaciens aides-majors de 2e classe (1).

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

Cours.

Semestre d'hiver. (3 *novembre* — 15 *mars*).

Anatomie: M. Bouchard. Splanchnologie et angéiologie. Lundi, Mercredi et Vendredi, à 1 heure. — *Anatomie générale et histologie*: M. Viault. Tissus et systèmes anatomiques. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 heures. — *Pathologie externe*: M. N... Les maladies chirurgicales du tissu cellulaire, des bourses séreuses, des muscles et des tendons, des nerfs, des artères, des reins, des vaisseaux et ganglions lymphatiques et du tissu osseux. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 heures. — *Pathologie et thérapeutique générales*: M. Vergely. Troubles dans les fonctions de la génération. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 h. 1/4. — *Thérapeutique*: M. N... Principaux alcaloïdes et glycosides fournissant à la thérapeutique. Analgésiants. Hyperesthésiants. Cardiaques. Electro-thérapie médicale (notions pratiques). Mardi, Jeudi, Samedi, à 2 h. 1/2. — *Médecine légale*: M. Morache. Questions médico-légales afférentes aux applications du Code pénal. La criminalité. Etude de biologie doctologique. Les attentats contre les personnes et contre la propriété. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 h. 1/4. — *Physique*: M. Bergonié. Electricité. Optique et leurs applications à la pharmacie. Physique médicale. Electrogenèse animale; principes physiques de l'électrothérapie. Optique de l'œil, ophtométrie, tacométrie, ophtalmoscopie. Mardi, Jeudi, Samedi, à 10 heures.

Cours complémentaires.

Accouchements: M. Rivière. Pathologie de la grossesse et de l'accouchement (Dystocie). Mardi, Jeudi, Samedi, à 1 heure. — *Chimie*: M. Denigès. Etude des principaux composés de la chimie organique au point de vue médical et pharmaceutique. Chimie biologique. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 10 heures.

Semestre d'été (16 *mars* — 31 *juillet*.)

Physiologie. M. Jolyet. Fonctions du système nerveux. Circulation. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 heures. — *Pathologie interne*:

---

(1) L'on trouve chez l'éditeur Lavauzelle, 11, place Saint-André-des-Arts, à Paris, toutes les circulaires et décrets ministériels concernant l'École du service de santé militaire et le programme de l'examen.

M. Dupuy. Maladies des voies circulatoires. Mardi, Jeudi, Samedi, à 3 heures 1/2. — *Médecine expérimentale* : M. N.. Microbiologie générale. Technique bactériologique. Etude expérimentale des maladies microbiennes. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 heures 1/4. — *Hygiène* : M. Layet. Hygiène générale. Climatologie. Hygiène internationale. Hygiène de l'habitation et des villes. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 h. 1/4. — *Anatomie pathologique* : M. Coyne. Anatomie pathologique générale. Lésions cellulaires. Néoplasies. Lésions de l'encéphale. Anatomie pathologique du tube digestif. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 2 h. 1/2. — *Médecine opératoire* : M. Masse. Opérations que l'on pratique sur le crâne, la face, le cou et la poitrine. Mardi, Jeudi, Samedi, à 2 heures 1/2. — *Chimie* : M. Blarez. Etude des principaux composés de la chimie minérale au point de vue médical et pharmaceutique. Mardi, Jeudi, Samedi, à 10 heures. — *Histoire naturelle* : M. Guillaud. Etude des plantes médicinales fournies par les Phanérogames (thalamiflores, caliciflores et corolliflores). Lundi, Mercredi, Vendredi, à 10 heures. — *Matière médicale* : M. Perrens. Médicaments spécifiques. Agents spéciaux des maladies nerveuses, cutanées, syphilitiques, scrofuleuses, de l'appareil digestif, respiratoire, circulatoire, etc. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 1 heure. — *Pharmacie* : M. Figuier. Pharmacie galénique. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 heures.

Cours complémentaires.

Physique : M. Sigalas. Physique moléculaire, chaleur, acoustique et leurs applications à la pharmacie. Physique médicale. Thermométrie et calorimétrie animale. Phénomènes physiques de la phonation et de l'audition. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 heures.

Cliniques.

SEMESTRE D'HIVER.

Clinique médicale. M. Picot, hôpital Saint-André. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 9 heures 1/2. — *Clinique chirurgicale*. M. Lanelongue, hôpital Saint-André. Mardi, Jeudi, Samedi, à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale*. M. Moussous, hôpital Saint-André. Mercredi, à 8 h. 1/2. — *Clinique ophtalmologique*. M. Badal, hôpital Saint-André. Lundi, Vendredi, à 9 h. 1/2.

Cours complémentaires de Clinique.

Maladies médicales des enfants : M. A. Moussous, hôpital des Enfants. Mercredi, Samedi, de 4 à 5 h. — *Maladies chirurgicales des enfants* : M. Piéchaud, hôpital des Enfants. Lundi, Vendredi, de 4 à 5 h. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. Arnozan. Maladies vénériennes, hôpital Saint-Jean. Mardi, jeudi, à 4 heures. Maladies syphilitiques et cutanées (annexe Saint-Raphaël). Lundi, Vendredi, à 8 h. 1/2. — *Maladies des femmes* : M. Boursier, annexe Saint-Raphaël. Jeudi, samedi, à 1 h. — *Maladies des voies urinaires* : M. Pousson, annexe Saint-Raphaël. Lundi, Mercredi, à 1 heure. — *Maladies du larynx, des oreilles et du nez* : M. Moure, annexe St-Raphaël. Mardi, jeudi, à 11 h. — *Maladies mentales* : M. N...

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Clinique médicale : M. Pitres, hôpital Saint-André. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 9 heures 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. Demons, hôpital Saint-André. Mardi, Jeudi, Samedi, à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. Moussous, hôpital Saint-André, Mardi, Samedi, à 8 h. 1/2. — *Clinique ophtalmologique*. M. Badal, hôpital Saint-André. Jeudi, à 9 h. 1/2.

Cours complémentaires de Clinique.

Maladies médicales des enfants : M. A. Moussous, hôpital des Enfants. Mercredi, Samedi, de 4 à 5 h. — *Maladies chirurgicales des enfants* : M. Piéchaud, hôpital des Enfants. Lundi, Vendredi, de 4 à 5 h. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. Arnozan. Maladies vénériennes, hôpital Saint-Jean. Mardi, Jeudi, de 4 à 5 h. Maladies syphilitiques et cutanées (annexe Saint-Raphaël). Lundi, Vendredi, à 8 h. 1/2. — *Maladies des femmes* : M. Boursier, annexe Saint-Raphaël. Jeudi, Samedi, à 1 heure. — *Maladies des voies urinaires* : M. Pousson, annexe Saint-Raphaël. Lundi, Mercredi, à 1 heure. — *Maladies du larynx, des oreilles et du nez* : M. Moure, annexe Saint-Raphaël. Mardi, Jeudi, à 11 heures. — *Maladies mentales* : M. N...

Conferences.

SEMESTRE D'HIVER.

Histoire naturelle : M. de Nabias. Etudes des animaux et des cryptogames parasites de l'homme. Produits médicinaux tirés du règne animal. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 1 heure. — *Minéralogie et Hydrologie* : M. Bertin. Etude des minéraux et des eaux minérales. Mardi, Samedi, à 5 heures. — *Anatomie* : M. Princeteau. Myologie et nerfs périphériques. Mercredi, Jeudi, Samedi, à 1 heure. — *Manœuvres obstétricales* : M. Rivière. Exercices pratiques sur le mannequin. Mercredi, de 2 à 3 h. 3/4. — *Ophtalmologie* : M. Lagrange. Optométrie et ophtalmoscopie. Lundi, Vendredi, de 2 h. 3/4 à 3 h. 3/4. — *Enseignement des élèves sages-femmes* : M. Rivière. 1re année. Cours complet d'Anatomie et de Physiologie. Mardi, Jeudi, Samedi, à 8 heures 1/2. 2e année. Cours complet d'accouchements. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 heures.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Histologie : M. Viault. Structure des tissus et des organes. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 1 heure. — *Pathologie* : M. Mesnard. Eléments de pathologie interne. Mardi, Jeudi, Samedi, à 2 h. 1/2 ; M. Boursier. Eléments de pathologie externe. Mardi, Vendredi, à 4 heures. — *Médecine opératoire* : M. Pousson. Bandages, appareils, petite chirurgie. Jeudi, de 3 h. 1/2 à 5 h. — *Anatomie chirurgicale* : M. Villar. Principales régions du corps humain. Mardi, Jeudi, Samedi, à 1 h. — *Séméiologie chirurgicale* : M. Dinucé. Exercices pratiques de diagnostic. Lundi, Vendredi, à 4 h. — *Séméiologie médicale* : M. N.... Exercices pratiques de diagnostic. Mardi, Jeudi, Samedi, à 2 h. 1/2. — *Manœuvres obstétricales* : M. Rivière. Exercices pratiques sur le mannequin. Mercredi, de 1 heure à 2 h. 1/2. — *Microbiologie* : M. Dubreuilh. Procédés de recherche et de culture des microbes. Mercredi, Vendredi, à 5 h. 1/4. — *Enseignement des élèves sages-femmes* : M. Rivière. 1re année. Anatomie et physiologie. Mardi, Jeudi, Samedi, à 8 h. 1/2. 2e année. Cours complet d'accouchements. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 h.

Travaux pratiques obligatoires.

SEMESTRE D'HIVER.

Physique médicale et pharmaceutique : M. Sigalas. Médecine. Lundi, mercredi, vendredi, de 7 h. 1/2 à 10 heures. Pharmacie. 3e année. Mardi, jeudi, samedi, de 7 h. 1/2 à 10 heures. — *Histoire naturelle* : M. de Nabias. Médecine Mardi, jeudi, de 8 à 10 heures. Pharmacie, 3e année. Mercredi, vendredi, de 8 à 10 heures. — *Chimie minérale et pharmacie* : M. Barthe. Pharmacie, 1re année. Conférences préparatoires. Mardi, samedi, à 1 h. Manipulations. Mardi, mercredi de 2 h. à 5 h. — *Chimie organique, analytique et toxicologique* : M. Barthe. Pharmacie, 2e année. Conférences préparatoires. Jeudi, samedi, à 1 h. Manipulations. Vendredi, samedi, de 2 à 5 h. — *Anatomie* : M. Princeteau. Institut anatomique. Tous les jours, de 2 à 5 heures. — *Anatomie pathologique* : M. Auché. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, vendredi, de 1 h. à 2 h. 1/2.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Chimie médicale : M. Denigès. Médecine, conférences préparatoires. Lundi, à 7 h. 1/2. Manipulations. Mercredi, vendredi, de 7 h. 1/2 à 10 h. — *Botanique médicale et micrographique* : M. de Nabias. Médecine. Mardi, jeudi, de 8 h. à 10 h. Pharmacie, 3e année. Mercredi, vendredi, de 8 à 10 h. — *Chimie minérale et pharmacie* : M. Barthe. Pharmacie, 1re année : Conférences préparatoires. Mardi, samedi, à 1 h. Manipulations. Mardi, mercredi, 2 h. à 5 h. — *Chimie organique, analytique et toxicologique* : M. Barthe. Pharmacie, 2e année : Conférences préparatoires. Jeudi, samedi, à 1 h. Manipulations. Vendredi, samedi, de 2 h. à 5 h. — *Histologie* : M. Cousin. Laboratoire d'histologie. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 4 h. 1/2. — *Physiologie* : M. Lagrolet. Laboratoire de physiologie. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 4 heures. — *Médecine opératoire* : M. Princeteau. Institut anatomique. Mardi, jeudi, samedi, de 1 h. à 2 h. 1/2. — *Anatomie pathologique* : M. Auché. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, mercredi, vendredi, de 1 h. à 2 h. 1/2.

Enseignement clinique complémentaire.

Consultations gratuites.

Maladies chirurgicales : M. Lanelongue, jeudi, à 8 h. M. Demons, vendredi, à 8 h. 1/2. — *Maladies du cœur* : M. Picot, mardi, à 9 h. — *Maladies du système nerveux* : M. Pitres, mercredi, samedi, à 9 h. — *Maladies de la peau* : M. Arnozan, mercredi, samedi, à 8 h. 1/2. — *Maladies des femmes* : M. Boursier, jeudi, samedi, à 1 h. — *Maladies des voies urinaires* : M. Pousson, lundi, mercredi, à 1 h. — *Maladies du larynx, des oreilles et du nez* : M. Moure, gorge et larynx, lundi, jeudi, à 9 h. 1/2 ; oreilles et nez, mardi, vendredi, à 9 h. 1/2. Annexe de la Faculté, rue Jean-Burguet, n° 3.

Maladies des yeux : M. Badal, tous les jours, à 9 h. — *Maladies des femmes enceintes* : M. Moussous, jeudi, à 8 h. 1/2. — *Electrothérapie* : M. Bergonié, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. Hôpital Saint-André.

Maladies chirurgicales des enfants : M. Piéchaud, lundi, à 8 h. 1/2 du matin et 4 h. du soir ; mercredi, vendredi, à 8 h. 1/2. — *Maladies internes des enfants* : M. A. Moussous, mardi, jeudi, samedi, à 9 h. Hôpital des Enfants.

Ces consultations ont lieu toute l'année sans interruption.

Professeurs honoraires : MM. Micé, Merget, Azam.

Cours de la Faculté des Sciences utiles à la préparation au 1er examen du doctorat en Médecine et aux examens de Pharmacie. — *Chimie organique* : M. Gayon, professeur, Lundi, Vendredi, à 2 heures 1/2. — *Zoologie* : M. Pérez, professeur, (Vendredi et Samedi, à 8 h. 1/2 du matin). Histoire générale du développement des animaux. — *Zoologie*. M. Kunstler, professeur adjoint. Lundi à 8 h. 3/4 du matin ; Mardi, à 5 heures du soir. Vertébrés. Mercredi, à 8 h. 3/4 du matin), Mollusques. — *Botanique* : M. Millardet, professeur. Lundi et Vendredi, à 8 heures du soir. Physio-

logie de l'individu végétal. Histoire des cryptogames vasculaires. Principales familles de phanerogames. — *Botanique* : M. DEVEAUX, maitre de conférences (Mardi, à 8 h. 1/2 du m.).Constitution des tissus végétaux, etc. (Mercredi, à 5 heures). Eléments de physiologie végétale. (Vendredi, à 10 heures). Etude de la nutrition — *Géologie et Minéralogie* : M. FALLOT, professeur. Jeudi et Vendredi, à 5 heures du soir). Paléontologie; stratigraphie.

Prix décernés par la Faculté.

La Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux décerne une série de prix à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études dans les deux ordres d'enseignement.

Prix de Médecine. — 1re *année* : Médaille d'argent et 100 francs de livres; 2e *année* : Médaille d'argent et 100 francs de livres; 3e *année* : Médaille d'argent et 185 francs de livres; 4e *année* : Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Chacun des lauréats a droit, en outre, au remboursement des droits d'inscription afférents à l'année scolaire à laquelle se rapporte le concours. Des mentions honorables pourront être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents. — *Prix du Conseil général de la Gironde* : 300 fr. — *Prix Godard* (des thèses de l'année) : Une médaille d'or de 500 fr.; deux médailles d'argent de 200 fr.; des médailles de bronze. — *Prix Godard* de 2,000 francs. Ce prix est attribué à l'auteur du meilleur mémoire inédit présenté sur l'un des trois sujets mis annuellement au concours. Ne sont admis à concourir que les docteurs en médecine ayant fait toutes leurs études à la Faculté et se trouvant dans les conditions d'age indiquées dans le programme.

Prix de Pharmacie. — 1re *année* : Médaille d'argent et 30 fr. de livres; 2e *année* : Médaille d'argent et 75 fr. de livres; 3e *année* : Médaille d'or d'une valeur de 300 fr. — Les immunités attachées à chacun de ces prix sont : pour les lauréats de 1re et de 2e année, la dispense des droits d'inscription et des droits d'examen afférents à l'année suivante; pour les lauréats de 3e année, la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Des mentions honorables pourront être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents. — *Prix du Conseil général de la Gironde* : 200 francs. — *Prix Barbet* : 50 francs. — *Prix des Travaux pratiques* : 100 francs de livres au lauréat de chaque année d'études. — *Prix de la Société de Pharmacie* (Pour les examens de validation de stage) : Deux médailles de vermeil.

Les *Inscriptions* sont reçues tous les jours, de 10 heures à midi du 25 octobre au 20 Novembre, et pour les trimestres de Janvier, Avril et Juillet, du 1er au 15 de ces mois. Les bacheliers reçus à la session de Novembre, les étudiants qui n'ont passé qu'en Octobre-Novembre les examens correspondant aux quatrième, huitième et douzième inscriptions et les militaires d'un an, libres à cette dernière époque, seront admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. Il leur est accordé à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours. La rentrée de la Faculté a eu lieu le jeudi 3 novembre. Les *Cours* ont commencé le 4 novembre. Les *Travaux Pratiques* commenceront le 14 novembre. La session d'examens a été ouverte le vendredi 4 novembre. Les *Consignations* pour les examens seront reçues tous les jours, de dix heures à midi.

Bordeaux le 2. octobre 1892.

Mon cher Redacteur en chef,

Dans ma dernière correspondance, je vous disais que la Faculté de Bordeaux avait à cœur d'arriver au premier rang de ses sœurs de province, et que rien n'était négligé par elle pour perfectionner son enseignement. Je ne puis qu'insister de nouveau sur les efforts réalisés et, ce qui ne gâte rien, sur les résultats obtenus. Pour qui veut voir les choses de près, ces progrès n'ont rien d'étonnant; tout concorde, en effet, à l'entraînement pour le travail. D'une part la sage direction de notre éminent doyen, M. le professeur Pitres, dont la troisième réélection au décanat, le 12 janvier 18.., a été un témoignage d'estime et de sympathie en même temps qu'un acte de justice; d'autre part, le soin que les professeurs apportent à leurs leçons; enfin les efforts soutenus des élèves.

A ces facteurs, il faut encore ajouter l'influence réciproque des éléments civil et marin. Les examens s'en sont profondément ressentis et, à plus forte raison, les concours. Bien que celui de l'internat ne soit pas encore terminé au moment où je vous écris, je puis vous dire toutefois que, d'un avis unanime, les compositions écrites, seules effectuées, ont été bien supérieures à celles des autres années.

Les élèves de la marine, qui vivent en parfaite intimité avec leurs camarades civils, ont, dans la mesure du possible, rivalisé de zèle, avec eux, aux conférences faites pour le concours d'internat. Il ne saurait d'ailleurs être question, dans notre Faculté, des accidents si regrettables produits ailleurs; il n'y a entre les élèves que de l'émulation, pas d'hostilité.

Les consultations spéciales de la Faculté continuent à marcher fort bien. Le cours complémentaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques est toujours professé avec distinction par M. Arnozan. Les consultations de gynécologie et des voies urinaires auxquelles MM. A. Boursier et Pousson ont donné une forme essentiellement clinique sont d'un secours précieux pour qui les fréquente. MM. Piéchaud et André Moussous, par leurs leçons aussi érudites que pratiques, ont créé à l'Hôpital des Enfants un enseignement très suivi.

Depuis le mois de novembre 1891 a fonctionné le cours complémentaire des maladies du larynx, des oreilles et du nez, professé par le sympathique et distingué Dr Moure. C'est, dans ce genre, le premier et seul enseignement officiel en France. Désormais, on n'aura plus besoin de faire appel à l'étranger. L'installation de cette clinique est des plus complètes; elle se compose d'un vestiaire, de deux salles d'attentes, d'une vaste pièce où l'on examine les malades et d'un cabinet pour le chef de service. Dans la salle de consultation se trouvent, en dehors des schémas, planches, mannequins etc., plusieurs tables, munies de lampes, permettant aux élèves d'examiner eux-mêmes les malades sur lesquels le maître a appelé leur attention. L'éclairage ne laisse rien à désirer; d'un côté, la lumière Drumond pour le larynx, d'un autre, des lampes à gaz avec ou sans lentille pour les oreilles et le nez. L'électricité, fournie par des accumulateurs, permet d'éclairer des lampes de 8 à 12 volts, et de chaufler des cautères, plus ou moins puissants, grâce à un rhéostat placé sur le parcours des fils qui distribuent la chaleur ou la lumière sur cinq points différents. J'oubliais de vous parler d'une salle, annexée au cabinet de consulation, spécialement affectée à l'examen fonctionnel de l'organe auditif avec les différents diapasons, ou bien dans les affections des cavités accessoires à l'éclairage par transparance. Il ne manque que des lits. Le jour où il existera un service affecté à ces diverses maladies, on aura fait un progrès immense car, à présent, on est obligé d'opérer dans la salle de consultation ou de prier un des chefs de service de la Faculté de recevoir des malades. Ils s'y prêtent avec la meilleure grâce; mais vous comprenez, sans que j'y insiste, les nécessités d'un service à part. Depuis le 1er novembre 1891, il a été donné plus de 10,000 consultations. Dans ce chiffre se trouvent compris, en dehors des malades qui allaient autrefois à la clinique du Dr Moure, plus de 2,000 sujets nouveaux, en moins d'un an.

En résumé, quoique nouvellement installé, ce service est d'une utilité inappréciable pour les malades et les élèves. Espérons que, sous peu, les affections du larynx, des oreilles et du nez seront, au point de vue de l'enseignement, placés sur le même rang que l'ophthalmologie.

Le cours des maladies mentales est encore à instituer. Quand donc s'entendra-t-on d'accord pour l'inaugurer?

La clinique d'accouchements a vu augmenter sa clientèle dans des proportions considérables. En 1890, il avait été pratiqué dans le service 359 accouchements. Du 1er octobre 1891 au premier octobre 1892, le nombre des accouchements a été de 515. La disposition du service est toujours restée défectueuse. La salle d'accouchements laisse spécialement à désirer, et rien n'a été fait pour faciliter la pratique de l'antisepsie. Cependant les résultats restent assez bons. Nous ne relevons cette année que deux morts. L'une des femmes qui ont succombé étant rentrée à la clinique avec une rupture utérine produite par une intervention faite au dehors, la mortalité propre au service se réduit à 0, 25 0/0.

Je désire, mon cher Redacteur en chef, vous entretenir maintenant de l'Ecole principale du service de santé de la Marine dont le développement s'est accru tous les jours. On en est redevable à la bonne direction de M. le médecin directeur Brassac, récemment nommé à la direction du service de santé à Brest, si bien secondé par M. le médecin principal Cotte, sous-Directeur de l'Ecole et par messieurs les officiers. Si M. Brassac emporte des regrets, nous sommes heureux de la nomination de son successeur, M. le médecin en chef Guès, dont le passé est plein de promesses pour l'avenir.

Les bâtiments nouveaux s'élèvent rapidement et, d'ici quelques mois, MM. les officiers et les élèves trouveront tout le confort nécessaire. D'ailleurs, le provisoire ne laisse absolument rien à désirer, car l'état sanitaire a été des meilleurs.

Les élèves reçoivent à la Faculté le même enseignement que les civils. En outre, le personnel de l'Ecole, pris dans le corps de santé de la marine, a pour mission de les guider dans leurs études, de leur donner des répétitions, de faire des conférences, et de les initier à l'éducation maritime jusqu'à leur nomination de médecins ou de pharmaciens auxiliaires de 2e classe. M. les répétiteurs s'assurent, en outre, de leur degré d'avancement en leur faisant des interrogations mensuelles dont la moyenne sert à établir le classement de fin d'année. Ils finissent ainsi leurs études parfaitement munis pour regagner leurs ports d'attache où ils font une année « d'application ».

Cette école comprend, à la rentrée actuelle, de l'année scolaire 1892-93 :

1° Un personnel enseignant de : 1 directeur, M. le médecin en chef GUÈS ; 1 sous-directeur, M. le médecin principal COTTE ; 5 répétiteurs, MM. Coquiard, medecin principal ; Vergniaud, Duval, Le Dantec, médecins de 1re classe et Bourdon, pharmacien de 1re classe. Les matières de l'Enseignement sont ainsi réparties entre MM. les officiers du corps de santé naval, que nous venons de nommer.

A. — M. le médecin principal COTTE : Obstétrique, maladie des femmes et des enfants.

B. — M. le médecin principal COQUIARD : Anatomie, pathologie et clinique externe.

C. — M. le médecin de 1re classe VERGNIAUD : Thérapeutique, pathologie et clinique interne.

D. — M. le médecin de 1re classe DUVAL : Physiologie, histologie normale, médecine opératoire.

E. — M. le médecin de 1re classe LE DANTEC. Histologie pathologique, hygiène, bactériologie, médecine légale

F. — M. le pharmacien de 1re classe BOURDON : Matière médicale et pharmacologique, physique, chimie, histoire naturelle, pharmacie.

Un effectif de 183 élèves, se décomposant comme suit :

A. — *Élèves en médecine.* . .	1re division.	1re section.	38
		2e section.	50
	2e division.		41
	3e division.		50
			179
B. — *Élèves en pharmacie.* . .	1re division.		2
	2e division.		2
			4

Le corps des professeurs a fait, cette année, une véritable perte, dans la personne du professeur de Fleury, qui occupait la chaire de thérapeutique. Le souvenir de sa mémoire restera longtemps au milieu de tous ceux qui ont apprécié l'aménité de son caractère, son esprit plein de finesse et son savoir si étendu.

M. le professeur Azam, qui était chargé d'enseigner la pathologie externe, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite à partir du 1er novembre 1892. Les travaux de M. Azam en psycho-pathologie sont trop connus pour que nous ayons à faire l'éloge de ce penseur, qui emporte avec lui l'estime de ses collègues. C'est à la satisfaction générale que M. le professeur Lanelongue a reçu la croix de chevalier de la légion d'honneur.

L'autorité reconnue de ce maître, et son brillant enseignement appelaient, depuis longtemps, cette distinction à laquelle ont chaleureusement applaudi ses collègues, ses confrères et toute la jeunesse de notre Faculté. Je suis heureux de cette occasion qui me permet de lui offrir personnellement mes affectueux compliments.

Dans un autre ordre d'idées, une distinction, tout aussi tardive et tout aussi méritée, a été accordée à M. le professeur Demons. L'Académie de Médecine l'a appelé dans son sein au nombre de ses membres correspondants.

Ont reçu les palmes d'officier de l'instruction publique, M. le doyen Pitres ; celles d'officier d'académie, MM. les agrégés Pousson et Denigès.

Ont été nommés professeurs agrégés, M. Princeteau, dans la section d'anatomie, en remplacement de M. Boursier ; Sigalas dans la section de physique, en remplacement de M. Bergonié ; MM. Cassaët et Auché, dans la section de médecine en remplacement de MM. Arnozan et Rondot ; M. Chambrelent, dans la section d'accouchement (création d'emploi). M. l'agrégé Auché a été nommé chef des travaux d'anatomie pathologique. Ont été institués chefs de clinique, M. Dumur, pour la médecine en remplacement de M. Lamacq, démissionnaire, M. Binaud, pour la chirurgie en remplacement de M. Lacaze, démissionnaire, M. Fromaget, pour l'ophthalmologie en remplacement de M. Latrille, dont le temps est expiré, M. de Cognet, chef-adjoint de clinique médicale. M. Larre a été nommé prosecteur et MM. Grimard, Fieux et Arnoul, sont aides d'anatomie.

Par suite de la vacance des chaires de thérapeutique et de médecine expérimentale, la Faculté en a classé les candidats dans l'ordre suivant : Pour la thérapeutique, MM. Arnozan, Rondot et Rousseau Saint-Philippe ; pour la médecine expérimentale, MM. Ferré et W. Dubreuilh.

Statistique scolaire de l'année.

Nombre d'etudiants inscrits à la rentrée de 1891 (31 décembre) :

Avant pris l'inscription de novembre-décembre.	Médecine. .	402	549
	Pharmacie .	147	
En cours d'examens ou en scolarité interrompue	Médecine. .	328	455
	Pharmacie .	127	
		TOTAL.	1.004
Élèves sages-femmes.			39
— herboristes			49

Inscriptions délivrées :

Médecine	1.970	2.574
Pharmacie	604	

Examens subis :

Médecine		1.203	1.647
Pharmacie		444	
Diplômes délivrés.	Docteurs en médecine.	74	165
	Officiers de santé. . . .	4	
	Pharmaciens	30	
	Sages-femmes.	46	
	Herboristes.	3	

Recevez, mon cher Rédacteur en chef, l'assurance de mes sentiments distingués.

Dr E. B

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE.

Doyen : M. CAUBET.

Professeur honoraire : M. J. NOGUÈS, médecin honoraire des hôpitaux.

ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

Semestre d'hiver (3 novembre au 15 mars).

Anatomie : M. CHARPY, professeur. — *Pathologie externe* M PINIÈRES, chargé du cours. — *Pathologie interne :* M. ANDRÉ, chargé de cours. — *Clinique médicale à l'Hotel-Dieu :* M. CAUBET, professeur. — *Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu :* M. JEANNEL, professeur. — *Clinique obstétricale :* M. CROUZAT, professeur. — *Clinique ophtalmologique :* M. TERSON, chargé du cours. — *Clinique des maladies mentales :* M. REMOND, chargé du cours. — *Clinique infantile :* M. BÉZY, chargé du cours complémentaire. — *Histologie* M. TOURNEUX, professeur. — *Hygiène :* M. GUIRAUD, chargé du cours. — *Médecine légale :* M. X... — *Hydrologie :* M. GARRIGOU, chargé du cours complémentaire.

CONFÉRENCES.

Anatomie : M. X... — *Obstétrique :* M. SECHEYRON, agrégé.

Semestre d'été (16 mars au 31 juillet).

Physiologie : M. MEYER, chargé du cours. — *Thérapeutique :* M. SAINT-ANGE, chargé du cours. — *Anatomie pathologique :* M. TAPIE, professeur. — *Médecine opératoire :* LABÉDA, professeur. — *Clinique médicale :* M. MOSSÉ, professeur. — *Clinique chirurgicale :* M. CHALOT, professeur. — *Clinique obstétricale :* M. CROUZAT, professeur. — *Clinique dermatologique :* AUDRY, chargé du cours. — *Pathologie générale :* HERMANN, professeur.

CONFÉRENCES

Histologie : M. X... — *Physiologie :* M. ABÉLOUS — *Pathologie externe :* M. X... — *Pathologie interne :* M. MAUREL, agrégé.

Pharmacie 2e et 3e années à la Faculté de médecine.

Semestre d'hiver.

Chimie : M. FRÉBAULT, professeur. — *Pharmacie :* M. DUPUY, professeur. — *Hydrologie et minéralogie :* M. GÉRARD, agrégé. —

Semestre d'été.

Matière médicale: M. BRAEMER, chargé du cours. — *Chimie*: M. MARIE, agrégé.

COURS COMPLÉMENTAIRES ANNUELS.

Physique expérimentale: M. BERSON, professeur. — *Botanique systématique*: LAMIC, maître de conférences. — *Zoologie pharmaceutique*: M. X...

Etudiants en médecine 1re année et en pharmacie 1re année, à la Faculté des Sciences.

Zoologie générale et médicale; M. ROULE, maître des conférences. — *Botanique systématique*: M. LAMIC, maître des conférences. — *Physique médicale*: M. MATHIAS, maître de conférences. *Chimie minérale et organique*: M. DESTREM, professeur adjoint. — *Organographie végétale* (semestre d'hiver): M. X...

Les travaux pratiques sont indiqués par une affiche spéciale a l'intérieur de la Faculté.

La circonscription de l'Ecole de Toulouse comprend, pour les officiers de santé, les pharmaciens de 2e classe, les herboristes et les sages-femmes, les départements de la Hte-Garonne, Gers, Tarn, Tarn-et-Garonne, Ariège.

PRIX DE L'ÉCOLE.

Prix Lefranc de Pompignan. — M. le marquis Lefranc de Pompignan a légué à l'Ecole de Medecine de Toulouse une rente de quinze cents francs par an destinée à fonder un prix qui sera décerné tous les trois ans à l'étudiant en medecine qui aura pris régulièrement, et sans interruption pendant trois ans, ses inscriptions pour le doctorat et se sera fait distinguer par sa bonne conduite et ses progrès. Le lauréat recevra quinze cents francs par an, pendant trois ans, pour aller continuer ses études à Paris. Le prix, qui a été décerné en 1892, sera décerné de nouveau à la fin de l'année 1895.

Prix Lasserre. — Par suite d'un legs fait à l'Ecole de Médecine de Toulouse, un prix de 400 fr. sera décerné chaque année, s'il y a lieu, à l'élève qui, après avoir étudié 4 années dans ladite Ecole, y aura été reçu officier de santé avec le plus de distinction.

Prix Gaussail. — Mme veuve Gaussail ayant fait don à la ville de Toulouse d'une somme de 40.000 fr., dont le revenu doit servir à fonder deux prix à décerner annuellement à des étudiants en médecine, un concours spécial sera ouvert, à la fin de l'année scolaire, pour la délivrance de ces prix, aux élèves de première année et aux élèves de deuxième année.

Prix du Conseil général. — Le Conseil général de la Haute-Garonne a voté une somme de 600 fr. pour être distribuée en prix à la Faculté de médecine. Le Conseil de la Faculté a décidé de décerner deux prix de 100 fr. chacun, l'un à un étudiant en médecine de 4e année, l'autre à un étudiant en pharmacie, qui se seront distingués par leur travail et leurs succès.

Prix de la Faculté de médecine.—Des concours de prix (médailles et livres, prix de fin d'année et prix des travaux pratiques) sont institués pour chaque année d'études, en médecine et en pharmacie, et décernés tous les ans dans la séance solennelle de rentrée de la Faculté.

Toulouse, 25 octobre 1892.

Mon cher Rédacteur en chef.

Avec l'exercice scolaire 1891-92 aura pris fin l'ère des tâtonnement inséparables de toute organisation sérieuse. Aujourd'hui, cliniques, laboratoires satisfont aux exigences de l'enseignement. Pendant les vacances, on a mis la dernière main aux laboratoires des cliniques, à ceux de chimie, de pharmacie et de matière médicale; à cette heure se poursuivent activement les travaux en vue de l'installation à l'hospice de la Grave d'une clinique des maladies mentales, qui s'ouvrira le 1er janvier prochain.

Le corps enseignant s'est accru de M. Hermann, nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie générale, de MM. Audry et Rémond, chargés des cours, l'un des maladies cutanées, en remplacement de M. Artigalas, décédé, l'autre, des maladies mentales, création nouvelle.

Au sujet de ces deux dernières nominations, on ne peut s'empêcher de faire certaine remarque que voici : Sur 20 chaires magistrales, 9 sont occupées par des chargés de cours. Vraiment, la direction de l'enseignement supérieur aurait droit à notre reconnaissance si elle voulait bien nous faire part de ses idées de derrière la tête. Si c'est un stage que l'on impose à ces jeunes professeurs, très bien; mais encore le provisoire ne saurait s'éterniser. Il y aurait, ce nous semble, quelque honnêteté à opérer une sélection après une année d'exercice, c'est-à-dire à titulariser ceux qui ont fait preuve de réels mérites, à rejeter ceux dont l'insuffisance est par trop notoire. Mais la logique n'est pas précisément la qualité maîtresse de nos administrateurs; témoin cette infortunée chaire de médecine légale qui attend toujours un titulaire ou un modeste chargé de cours, bien que depuis près d'un an un chef des travaux ait été nommé dans cet ordre de l'enseignement.

Le corps des agrégés, par suite de non-acceptations ou de mise en congé, présente des vides qui ne sont pas encore comblés. Dans ce moment, on ignore quels seront les agrégés chargés des conférences d'anatomie, d'histologie et de pathologie externe. Si pour M. Chrétien nommé au dernier concours d'agrégation, on ne pouvait prévoir qu'il se refuserait à occuper son emploi, il n'en est pas de même de M. Vieusse, médecin militaire, remplissant les fonctions d'agrégé, qui, en vertu d'influences qu'il ne convient pas de préciser, a été mis en demeure, il y a déjà longtemps, d'avoir à gagner son poste à l'hôpital de Perpignan. Toujours deux poids et deux mesures : M. X.. sera inamovible dans telle Faculté; quant à M. Y..., par ordre supérieur, on le priera de boucler ses malles au plus vite. Une troisième place d'agrégé se trouve vacante par la nomination de M. Bédard, agrégé d'anatomie, à la Faculté de Lille. Mais voilà que M. Bédard, pour des raisons personnelles, désire rester à la Faculté de Toulouse. A M. Liard de prononcer.

Malgré ces à-coups qui démontrent jusqu'à l'évidence que toute direction fait défaut en haut lieu, la Faculté de médecine de Toulouse voit chaque année le nombre de ses élèves augmenter. Ainsi, pour le premier trimestre de l'exercice écoulé il a été délivré en première année 175 inscriptions de doctorat, c'est-à-dire un tiers en plus du chiffre de l'année dernière. En regard de cette augmentation, il y a lieu de signaler par contre une diminution dans le nombre de thèses. Il s'élève seulement à 5 pour l'année scolaire 1891-92, alors que l'année précédente, pour une période de quatre mois, il y avait eu 9 soutenances.

Cette constatation, à notre avis, donne une idée juste de l'avenir réservé aux Facultés de médecine de province. En dépit de toutes les améliorations, les élèves après leurs premières années d'études continueront comme par le passé à affluer à Paris.

En ce qui concerne nos hôpitaux, la seule mesure à vous signaler est la décision prise par le Conseil d'administration des hospices au sujet des élèves sages-femmes. A partir de cette année il n'y aura plus d'élèves internes. Il n'y a pas à se le dissimuler, cette mesure équivaut à une suppression : peu de familles, en effet, consentiront à envoyer leurs enfants en qualité d'externes dans une ville comme Toulouse, bien que jadis elle ait été qualifiée, sans doute par euphémisme, de *sainte* et de *savante*!!

Votre bien dévoué, Dr L. CHABBERT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont maintenus pour un an dans les fonctions de chefs de clinique des hôpitaux de Paris : MM. les docteurs Waquez, Lion et Lyon, clinique medicale ; Lyot, clinique chirurgicale; Hudelo, clinique des maladies cutanées et syphilitiques; Pactet, clinique des maladies mentales; Dutil, clinique des maladies nerveuses. Sont nommés : Chef de clinique médicale : M. Belin. Chefs de clinique chirurgicale : MM. Demoulin, Thiery et Villemin. Chefs de clinique obstétricale : MM. Demelin et Lepage. Chef de clinique ophtalmologique : M. Rochon-Duvigneaud. Chef de clinique des maladies des voies urinaires : M. Legneu. Chefs de clinique des maladies des enfants : MM. Aviragnet, Boulloche (chef-adjoint de clinique). Prosecteurs : MM. Mauclaire et Morestin. Aides d'anatomie : MM. Delbet, Glantenay, Walch, Bouglé et Wassilieff. M. Braquehaye est delegué du 1er octobre 1892 au 30 septembre 1893 dans les fonctions d'aide d'anatomie.

FACULTE DE MÉDECINE DE LILLE. — M. CASTEX, agrégé, est nommé chef des travaux pratiques de physique. — M. BAYRAC, agrégé, transferré de Lyon à Lille, est chargé des fonctions de chef des travaux pratiques de chimie. — M. LECLERQ est nommé aide-preparateur de physique.

FACULTÉ DE MEDECINE DE LYON — M. BARD, agregé, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire d'anatomie pathologique. — M. MEURER, chef de clinique ophtalmologique, est proroge pour un an dans ses fonctions.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

Directeur : M. TEXIER.

Cliniques.

Toute l'année à l'Hôpital civil.

Clinique médicale : M. GROS. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. BRUCH. Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. MERZ. Mardi, à 10 h. 1/4. — *Clinique des maladies des enfants* : M. CAUSSANEL. Jeudi, à 10 h.— *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. GÉMY. Vendredi, à 10 h.

Les Cours du semestre d'hiver ont commencé le 3 nov. 1892 et auront lieu dans l'ordre suivant :

Pour le premier trimestre, le registre d'inscriptions est ouvert du 26 octobre au 10 novembre.

Anatomie : M. TROLARD. Révision de l'ostéologie, de l'arthrologie et de la myologie. Splanchnologie. Angéiologie. Lundi, mardi et mercredi, à 2 h. — *Anatomie pathologique et histologie* : M. PLANTEAU. Appareils digestif respiratoire et génito-urinaire. Lundi et vendredi, à 4 h., au laboratoire d'histologie. Mercredi, à 10 h., autopsies à l'hôpital. — *Pathologie externe* : M. VINCENT. Affections chirurgicales de la tête, du cou, de la poitrine. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — *Accouchements* : M. MERZ. Dystocie. Septicémie puerpérale. Jeudi et samedi, à 5 h. — *Maladies des pays chauds* : M. TREILLE. La doctrine de l'hématozoaire du paludisme. Endémie des pays chauds. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h.— *Histoire naturelle médicale* : M. TRABUT. Botanique : Etude des plantes cryptogames et particulièrement : histoire naturelle des ferments et des agents pathogènes d'origine végétale. Mardi, jeudi, à 5 h. ; vendredi, à 4 h. — *Physique médicale* : M. GUILLEMIN. Chaleur et électricité. Lundi, mercredi, à 4 h., samedi, à 5 h. — *Pharmacie* : M. BATTANDIER. Pharmacie galénique. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h.

Cours complémentaires. (Décret du 14 juillet 1875).

Anatomie : M. DESHAYES, chef des travaux anatomiques. Complément du cours du professeur. Vendredi, samedi, à 2 h. — *Histologie* : M. RAMAKERS, professeur suppléant. Embryologie. Tissus. Mercredi, à 4 h., au laboratoire d'histologie. — *Chimie* : M. SAMBUC, professeur suppléant. Chimie générale et toxicologie. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h.

Travaux pratiques.

Anatomie : M. DESHAYES, chef des travaux anatomiques. Lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi, à 11 h. — *Anatomie pathologique et histologie* : M. RAMAKERS, professeur suppléant. Jeudi, de 2 h. 1/2 à 3 h. — *Chimie et toxicologie* : M. GRIMAL, chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Lundi, mardi, mercredi, de 1 h. à 4 h. — *Physique* : M. GRIMAL, chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Vendredi, de 1 h. à 3 h.— *Histoire naturelle, herborisation* : M. SOULIÉ, professeur suppléant. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Jeudi, samedi, à 1 h. 1/2.

Les Cours du semestre d'été commenceront le 1er mars 1893 et auront lieu dans l'ordre suivant :

Physiologie : M. REY. Digestion, nutrition, sécrétion. Organes génito-urinaires. Nerfs crâniens. — Organes des sens. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. 1/2, à l'amphithéâtre de physiologie. — *Pathologie interne* : M. TEXIER. De l'auscultation et de la percussion. Maladies des voies respiratoires. Maladies du cœur. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. — *Hygiène et médecine légale*. M. SÉZARY. Hygiène générale et spéciale. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. — *Thérapeutique* : M. BOURLIER. Médicaments agissant sur les fonctions de [illegible]. [illegible] topiques. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., au grand amphithéâtre. — *Matière médicale* : M. HÉRAIL. Etude des médicaments fournis par les cryptogames, les monocotylédones et les apétales. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Chimie et toxicologie* : M. MALOSSE. Chimie biologique. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h.

Cours complémentaires. (Décret du 14 juillet 1875)

Conférences d'anatomie pathologique : M. PLANTEAU, prof. Jeudi, de 3 à 4 h. — *Conférences de [illegible]* : M. MOREAU, professeur suppléant. Lundi, mercredi, à 3 h., au grand amphithéâtre. — *Physique* : M. SAMBUC, professeur suppléant. Complément du cours du professeur. Mercredi, à [illegible] h. — *Histoire naturelle médicale* : M. SOULIÉ, professeur suppléant. Zoologie médicale. Anatomie et physiologie comparée des animaux vertébrés. Etudes des principaux types. Application à la pathologie, à la thérapeutique et à la médecine. Jeudi, samedi, à 5 h.— *Pharmacie et matière médicale* : M. GERBER, professeur suppléant. Conférences de minéralogie. Lundi, vendredi, à 5 h.

Travaux pratiques.

Anatomie pathologique et histologie : M. RAMAKERS, professeur suppléant. Jeudi, de 1 h. 1/2 à 3 h. — *Médecine opératoire* : M. N..., professeur suppléant. Mardi, samedi, à 1 h. — *Chimie et toxicologie* : M. GRIMAL, chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Lundi, mardi, mercredi, de 1 h. à 4 h. — *Physique* : M. GRIMAL, chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Vendredi, de 2 h. à 4 h. — *Histoire naturelle, herborisation* : M. SOULIÉ, professeur suppléant. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Jeudi, à 1 h. 1/2. — *Matière médicale* : M. GERBER, professeur suppléant. Jeudi, samedi, à 1 h. 1/2.

Chaires magistrales. — MM. TROLARD, anatomie. — PLANTEAU, anatomie pathologique et histologie. — REY, physiologie. — TEXIER, pathologie interne. — VINCENT, pathologie externe. — BOURLIER, thérapeutique. — SÉZARY, hygiène et médecine légale. — TREILLE, maladies des pays chauds. — GROS, clinique médicale. — BRUCH, clinique chirurgicale. — MERZ, clinique obstétricale et gynécologie — TRABUT, histoire naturelle. — MALOSSE, chimie et toxicologie. —GUILLEMIN, physique. — BATTANDIER, pharmacie. — HÉRAIL, matière médicale.

Cours complémentaires de clinique. — MM. GÉMY, maladies syphilitiques et cutanées. — CAUSSANEL, maladies des enfants.

Professeurs suppléants. — MM. RAMAKERS, chaires d'anatomie et de physiologie. — MOREAU, chaires de pathologie et de clinique internes. — BRAULT, chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale. — SOULIÉ, chaire d'histoire naturelle.— SAMBUC, chaires de chimie et de physique — GERBER, chaires de pharmacie et de matière médicale.

Chefs des travaux. — MM. DESHAYES, chef des travaux anatomiques. — GRIMAL, chef des travaux chimiques et physiques.

Chefs de clinique. — MM. LAPORTE, chef de clinique médicale. — SABADINI, chef de clinique chirurgicale. — DENIS, chef de clinique obstétricale. — LAFOSSE, chef du laboratoire des cliniques.

Préparateurs. — MM. LABBÉ, prosecteur d'anatomie. — HAFFNER, aide d'anatomie. — GOINARD, préparateur de physiologie. — DELAVAL, préparateur de chimie. — BARTHET, préparateur d'histoire naturelle — JULIEN, préparateur d'hygiène et de thérapeutique. — FOUCARD, préparateur de pharmacie et de matière médicale. — ABDELKADER OULD BOUZIAN, préparateur d'histologie et d'anatomie pathologique. — BELLOT, préparateur des maladies des pays chauds.

Services hospitaliers.

Renseignements généraux. — L'hôpital possède 800 lits répartis en onze services, dont cinq sont affectés aux différentes cliniques. Voici quelques renseignements sur ce qui s'est passé dans ces services pendant l'année 1890-1891.

Clinique médicale. — Un pavillon de 40 lits plus des cabinets, pavillon Trousseau, est affecté au service des hommes; les femmes occupent la moitié du pavillon Bichat, 20 lits et des cabinets. Pendant l'année scolaire, 115 femmes et 152 hommes ont été traités dans ces salles, ce qui fait un total de 267 malades.

Clinique chirurgicale et d'ophtalmologie. — Le pavillon Dupuytren, 40 lits avec cabinets, est affecté aux hommes, les femmes occupent une salle de 20 lits et des cabinets dans le pavillon Bichat ; cette année, ce service a reçu 381 malades 231 hommes 150 femmes. Il a été pratiqué 185 opérations importantes. — Le samedi opérations [illegible].

Clinique obstétricale. — Ce service occupe le pavillon Dubois, composé d'une salle de 26 lits pour les femmes grosses ; une autre de 16 lits avec berceaux pour les accouchées, cabinets d'isolement, salle d'accouchement, etc. Pendant l'année, il a été admis 145 femmes [illegible] 127 accouchements, dont 95 normaux et 32 [illegible].

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — Ce service comprend 162 lits de vénériens et 32 pour les maladies de la peau. Il a reçu, cette année, 532 malades ainsi répartis : 191 maladies cutanées; 401 syphilitiques, dont 90 indigènes.

Clinique des maladies des enfants. — Ce service, installé dans le pavillon Guersant, comprend deux salles de 40 lits chacune, il y a été admis 457 malades (197 filles, 260 garçons). Les chefs des autres services, médecine et chirurgie, sont pour la plupart professeurs à l'Ecole. Les étudiants y trouvent aisément un enseignement pratique en toutes les branches de la pathologie. Le service médical de cet établissement comprend, en outre, 14 internes en médecine, 7 internes en pharmacie et 10 externes, nommés au concours. Le traitement des internes est fixé comme il suit :

Publications du PROGRÈS MÉDICAL

BAUDOUIN (M.). — **L'Asepsie et l'Antisepsie à l'hôpital Bichat** ; avec une préface de M. le Dr Terrier. Volume in-8 de 220 p., avec 10 fig. et 4 photogravures hors texte. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

BATEMAN. — **La surdité et la cécité verbale.** Brochure in-8 de 18 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 .

BARATOUX ET DUBOUSQUET-LABORDERIE. — **Greffe animale avec de la peau de grenouille dans les pertes de substance cutanée et muqueuse.** Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . 35 c.

BARATOUX. — **Du cancer du larynx.** Brochure in-8 de 59 pages, avec deux tableaux. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

BECO (L.). — **Du traitement de la fièvre typhoïde par le salicylate de soude à doses accumulées.** — Broch. in-8 de 28 pages avec 3 figures. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

BOURNEVILLE. **Rapport sur l'organisation du personnel médical et admenistratif des asiles d'aliénés**, présenté à la Commission ministérielle chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les asiles d'aliénés. Brochure in-8 de 32 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

BOURNEVILLE. **Rapport sur l'utilisation agricole des eaux d'égout et l'assainissement de la Seine** ; présenté à la *Chambre des Députés*. Irrigation de Gennevilliers, irrigation projetée d'Achères et des sondages dans la forêt de Saint-Germain. — Brochure in-4 de 65 p. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . 2 fr.

DUMÉNIL et PETER. — **Commotion de la moelle épinière. Etude clinique et critique.** Brochure in-8° de 106 pages, avec une planche hors texe. Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . 1 fr. 40.

KERAVAL (P.). — **La synonymie des circonvolutions cérébrales de l'homme.** Brochur; in-8° de 30 pages avec 5 figures. — Prix : 1 fr. Pour nos abonnés. . . . . 70 c

KERAVAL (P.). — **La synonymie des circonvolutions cérébrales de l'homme.** Brochure in-8° de 30 pages avec 5 figures. — Prix : 1 fr.; Pour nos abonnés . . . . 70 c.

LADAME (Dr). — Procès criminel de la dernière sorcière brûlée à Genève le 6 avril 1652, publié d'après des documents inédits et originaux conservés aux archives de Genève (*Sixième volume de la collection Bourneville*) (Bibliothèque diabolique). Un vol. in-8 de 60 pages. — Prix : 2 fr. 50 c., pour nos abonnés, 1 fr. 75) (n° 1 à 50, papier Japon), prix : 5 fr., pour nos abonnés, 4 francs — (n° 51 à 100, papier parcheminé), prix : 3 fr. 50, pour nos abonnés, prix : 2 fr. 75.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs, que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc., etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.*







CONSTIPATION HABITUELLE
le meilleur curatif
est le
CASCARA MIDY
2f50
115 Faubourg St Honoré PARIS
GORGE, LARYNX, BOUCHE
contre ces Affections
employez
LA
COCAINE MIDY
3f.





Internes de 1re classe, 1,200 fr.; — Internes de 2e classe, 1,000 fr.; — provisoires, 800 fr. Les concours pour l'internat et l'externat ont lieu chaque année, au mois de novembre. Pour être admis à concourir pour l'internat, il faut justifier d'une année d'externat dans un hôpital ou de deux années de stage hospitalier.

Ecole.

Prix Poisson. — Ce prix, remis à la séance de rentrée des Ecoles, est institué pour les internes en médecine de 3e année ; il consiste en une médaille d'argent et une somme de 150 fr. ; le lauréat est, en outre, prorogé d'une année dans ses fonctions et nommé de 1re classe.

Anatomie. — Le nombre des sujets, pour les travaux pratiques d'anatomie, est de 100 environ pour le semestre d'hiver (dissections) et de 50 environ pour celui d'été (exercices pratiques de médecine opératoire). Les dissections ont lieu tous les jours, sous la direction du chef des travaux anatomiques, du prosecteur et de l'aide d'anatomie ; les élèves sont munis d'un carnet sur lequel sont inscrites les préparations faites par chacun d'eux pendant le courant du semestre. Les exercices de médecine opératoire ont lieu deux fois par semaine, pendant le semestre d'été, sous la direction du professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes.

Chimie, Toxicologie et Pharmacie. — Les travaux pratiques ont lieu du 15 novembre au 30 juin, sous la surveillance du chef des travaux et du préparateur. Les élèves, divisés par groupe de deux, manipulent trois fois par semaine, lundi, mardi, mercredi, de 1 heure à 4 heures ; il est tenu note des absences.

Physique. — Ces travaux pratiques auxquels sont astreints les élèves en médecine de 1re année et les élèves en pharmacie de 3e année ont lieu chaque jeudi de 2 à 4 heures, sous la direction du chef des travaux et du préparateur. Ils durent toute l'année.

Histoire naturelle. — Les élèves sont exercés à faire une série de préparations botaniques et zoologiques, qu'ils reproduisent ensuite par le dessin. Pour les études botaniques, ils font un emploi presque constant du microscope et acquièrent ainsi l'habitude du maniement de cet instrument. Ces travaux ont lieu sous la direction du professeur titulaire et du suppléant.

Matière médicale. — Les travaux ont lieu deux fois par semaine, sous la direction du professeur titulaire et du suppléant. Les élèves en pharmacie de 2e et de 3e année y sont seuls admis. Ils sont répartis par groupes de deux, disposant d'une table et d'un microscope, ayant à leur disposition les instruments du laboratoire : chambre claire, microtome, etc. Ils doivent se fournir de rasoirs, crayons, papiers à dessin, car toutes les préparations sont dessinées, et les élèves habitués au maniement de la chambre claire.

Bibliothèque universitaire. — Ouverte tous les jours.

Jardin botanique médical : Au camp d'Isly. — *Musée d'anatomie normale et pathologique* : Salle des collections anatomiques. — *Collection d'histologie normale et pathologique.* Au laboratoire. — *Droguier.* Salle des collections de matière médicale. — *Collection d'histoire naturelle* (Zoologique et Botanique). — Au laboratoire d'histoire naturelle.

État présentant par catégorie le nombre des étudiants réguliers inscrits.

(Année scolaire 1891-1892.)

ÉLÈVES			
EN MÉDECINE		EN PHARMACIE	
DOCTORAT	OFFICIAT	1re CLASSE	2e CLASSE
Première année			
21	15	4	9
Deuxième année			
18	3	2	7
Troisième année			
15	3	2	7
Quatrième année			
11	1	»	»
TOTAUX, 65	22	8	23
TOTAUX GÉNÉRAUX. 118 + 1[illegible]			

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

(Ancien Palais de Justice, place de l'Ecole-de-Médecine, bientôt palais du Pharo).

Directeur : M. CHAPPLAIN,

Secrétaire : M. VIGNEAU.

Professeurs honoraires.

M. ROBERTY (E.). — M. GIRARD. — M. SIRUS-PIRONDI.

Professeurs titulaires.

Physiologie : M. Livon (Ch.). — *Clinique médicale* (1re chaire) : M. Villard. — *Clinique médicale* (2e chaire) : M. Laget. — *Pathologie interne et pathologie générale* : M. Boinet. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : M. Chapplain. — *Clinique chirurgicale* (1re chaire) : M. Combalat. — *Clinique chirurgicale* (2e chaire) : M. Villeneuve. — *Clinique obstétricale* : M. Magail. — *Matière médicale* : M. Heckel. — *Botanique et zoologie* : M. G. Bouisson. — *Chimie médicale* : M. Rietsch. — *Physique médicale* : M. Caillol de Poncy. — *Histologie* : M. Jourdan (E.). — *Hygiène et médecine légale* : M. Fallot. — *Thérapeutique* : M. Roux de Brignoles. — *Anatomie pathologique* : M. Nepveu.

Chargés de cours.

Anatomie : M. Magon. — *Pharmacie* : M. Domergue. — *Bactériologie* : M. Rietsch.

Professeurs suppléants.

MM. Gamel, Domergue, Gourret (Edouard), Arnaud (Fr.). Benet, Berg, Roux (de Brignoles) fils, Laplane.

Chef des travaux anatomiques.

M. Alezais.

Chef des travaux chimiques.

M. Robert (Gustave).

Chef des travaux d'histologie et d'histoire naturelle.

M. Blanc.

Chefs de clinique.

MM. Reboul, Vaudey, Doulet, Bourdillon (Charles), Roux.

Préparateur de chimie et pharmacie.

M. Guigues.

Préparateur de physique et d'histoire naturelle.

M. Bétis.

Préparateur d'anatomie pathologique.

M. André.

Prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire.

M N...

Aides d'anatomie et de physiologie.

MM. Rathelot, Zuccarelli.

Bibliothécaire.

M. Vigneau.

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

A cette Ecole, de même que dans les Facultés de Médecine et les Ecoles supérieures de Pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année. Les aspirants au titre de docteur en médecine peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat. La circonscription de l'Ecole comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Charente-Inférieure.

Année scolaire 1892-1893.

Semestre d'hiver. *Du 3 novembre au 1er avril.*

Anatomie : Tous les jours, à midi 1/4, Professeurs, MM. JOÜON ; ROUXEAU, prof. suppl. (mercredi et vendredi). — *Chimie organique*. 1er février au 1er avril. Tous les jours, à 1 h. 1/4, M. ANDOUARD, professeur : *Chimie minérale* 1 novembre au 1er février, mardi, jeudi, samedi, à 1 h., M. LEFEUVRE, professeur suppléant. — *Physique* : Mardi, jeudi, samedi, à 3 h. 1/2, M. LEDUC. professeur. — *Matière médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., M. MÉNIER, professeur. — *Pathologie chirurgicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., M. MONTI ORT, professeur. — *Médecine légale* (Exercices pratiques et conférences) : Lundi, vendredi, à 5 h., M. OLLIVE, professeur. — *Accouchements* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., M. GUILLEMET. — *Gynécologie* : Mardi, samedi, à 5 heures, M. BOIFFIN, prof. suppl. — *Clinique médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures, M. HERVOUET, professeur. — *Clinique chirurgicale* ; Lundi, mercredi, vendredi, de 8 h. à 11 heures, M. X... — *Clinique obstétricale* ; Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. M. GUILLEMET, professeur. — *Clinique ophtalmologique* : Tous les jours à l'Hotel-Dieu, à 1 h. M. DIANOUX. professeur. — *Tra-*

vaux anatomiques (Dissection) : Tous les jours, à 2 h., LERAT, chef des travaux. — *Travaux pratiques de chimie* (Etudiants en médecine) : Mardi, jeudi, samedi, de 8 à 11 h., M. ALLAIRE, chef des travaux. — *Travaux pratiques de chimie* (Etudiants en pharmacie) : Lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. 1/2 à 5 h. 1/2, M. BOUTRON, prof. suppl. — *Bandages et pansements* : En décembre et janvier, jeudi, à 4 h. 1/2, M. MONTFORT, professeur. — *Travaux pratiques de petite chirurgie* : En décembre et janvier, jeudi, à 4 h. 1/2, M. MONFTORT. — *Anatomie pathologique médicale et pathologie générale* : Mardi, jeudi, à 5 heures, M. PÉROCHAUD, prof. suppl.

Semestre d'été. *Du 1er avril au 31 juillet.*

Pharmacie et toxicologie : Lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. 1/4, professeur, M. FLEURY. — *Chimie biologique* : Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h., M. ANDOUARD. — *Physiologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures, M. LAENNEC. — *Histologie et anatomie pathologique* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. M. A. MALHERBE. — *Histoire naturelle médicale* : Mardi, jeudi, samedi, 1 h. M. BUREAU. — *Thérapeutique* : Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures, M. CHARTIER. — *Pathologie médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h., M. VIAUD-GRAND-MARAIS. — *Médecine opératoire. Bandages et appareils* : Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, M. BOIFFIN, professeur suppléant. — *Hygiène* : Mardi, samedi, à 4 heures, M. OLLIVE, professeur. *Clinique médicale* : Lundi, mercredi, vendredi de 8 à 11 h., M. TRASTOUR. — *Clinique chirurgicale* : Mardi, jeudi, samedi, de 8 à 11 heures, M. HEURTAUX. — *Clinique obstétricale* : Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures, M. GUILLEMET. — *Clinique ophthalmologique* : Mardi, jeudi, samedi, à 1 h., M. DIANOUX. — *Travaux pratiques* (anatomie pathologique) : Mardi, samedi, de 2 à 4 heures, M. A. MALHERBE. — *Travaux pratiques* (histologie élémentaire) : Jeudi, de 2 à 4 h., M. A. MALHERBE. — *Travaux pratiques de physiologie* : Tous les mercredis à 2 h., MM. LAENNEC et ROUXEAU. — *Travaux pratiques de micrographie végétale* : Vendredi, samedi, de 2 à 5 h., M. DOUTEAU, prof. suppl. — *Manipulations de physique* (étudiants en médecine) : Mercredi, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2, M. ALLAIRE, chef des travaux physiques. — *Manipulations de physique* (étudiants en pharmacie) : Lundi, de 2 à 5 h., M. ALLAIRE, chef des travaux physiques. — *Bactériologie* : Mardi, samedi, de 1 à 2 heures, M. RAPPIN, chef des travaux bactériologiques. — Des Herborisations, dirigées par M. BUREAU, auront lieu tous les dimanches, pendant le semestre d'été.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 8 à 10 heures du matin, de midi à 4 heures et de 7 à 9 heures le soir. — Le *Musée anatomique* et celui des collections de matières médicales sont ouverts tous les jours, de midi à 4 heures. — Professeurs honoraires : MM. MALHERBE père, CHENANTAIS.

Cours et travaux pratiques obligatoires.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Première année. HIVER : Chimie, physique, travaux pratiques de chimie. Officiers de santé : petite chirurgie, ostéologie et arthrologie. ÉTÉ : Histoire naturelle, travaux pratiques d'histoire naturelle, travaux pratiques de physique. — *Deuxième année.* HIVER : Anatomie, travaux pratiques de dissection, petite chirurgie, clinique chirurgicale. Officiers de santé : clinique médicale, pathologie chirurgicale. ÉTÉ : Physiologie, histologie élémentaire, chimie biologique, clinique chirurgicale, travaux pratiques de physiologie, travaux pratiques d'histologie. — *Troisième année.* HIVER : Anatomie, travaux pratiques de dissection, pathologie chirurgicale, accouchements, clinique chirurgicale, clinique médicale, clinique obstétricale. ÉTÉ : Physiologie, anatomie pathologique, pathologie médicale, thérapeutique, clinique chirurgicale, clinique médicale, clinique obstétricale, médecine opératoire, travaux pratiques de physiologie, travaux pratiques de médecine opératoire, travaux pratiques d'anatomie pathologique. — *Quatrième année.* HIVER : Médecine légale, pathologie chirurgicale, accouchements, clinique chirurgicale, clinique médicale, clinique obstétricale. — ÉTÉ : Anatomie pathologique, thérapeutique, hygiène, clinique chirurgicale, clinique médicale, clinique obstétricale, médecine opératoire, pathologie médicale, travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Stage des étudiants en médecine. — Tous les étudiants en médecine sont astreints à faire, pendant deux ans, un stage régulier dans l'un des hôpitaux placés près des écoles où ils prennent leurs inscriptions. Nul ne peut suivre les cours s'il n'est régulièrement inscrit sur les registres de l'Ecole.

ÉTUDIANTS EN PHARMACIE.

Première année. HIVER : Chimie inorganique, physique, matière médicale, travaux pratiques de chimie minérale. ÉTÉ : Pharmacie, organographie végétale, travaux pratiques de physique. — *Deuxième année.* HIVER : Chimie organique, matière médicale, travaux pratiques de chimie organique et analyse qualitative. ÉTÉ : Pharmacie, histoire naturelle, travaux pratiques de micrographie végétale : pharmaciens, vendredi, de 10 h. à 11 heures; médecins, samedi, 10 heures à 11 heures. — *Troisième année.* HIVER : Chimie générale, matière médicale, travaux pratiques de chimie analytique et toxicologie. ÉTÉ : Pharmacie, histoire naturelle, travaux pratiques de micrographie végétale.

Les examens de fin d'année des étudiants en pharmacie porteront sur les matières enseignées dans les cours et travaux pratiques de l'année ou du semestre d'études qui précède l'examen. Les inscriptions ne seront acquises qu'aux étudiants dont l'assiduité aura été constatée à tous les cours, conférences et travaux pratiques. (Règlement intérieur de l'Ecole, établi conformément à l'article 16 du décret du 30 juillet 1883).

Nantes, le 28 octobre 1892.

Mon cher Directeur,

En exposant, comme d'habitude, à cette place la situation de l'Ecole de médecine de Nantes, je tiens à signaler les résultats favorables qu'elle a obtenus, mais aussi à dire un mot des lacunes qui restent encore à combler. Je dois aussi, dussé-je, nouvelle Cassandre, prêcher dans le désert jusqu'à la fin de mes jours, réclamer pour Nantes la Faculté de médecine qui devrait exister dans l'Ouest. Je vais donc, puisque j'ai la bonne fortune d'avoir une colonne de ce journal à ma disposition, aborder successivement ces trois points.

Le nombre d'inscriptions à l'Ecole de Nantes s'est accru de 52 cette année, 611 contre 559. Il y a 152 étudiants régulièrement inscrits contre 140 l'année passée. Cette augmentation ramène au chiffre des années 1889 et 1890, après lesquelles le nombre des élèves avait subi une légère diminution.

Les résultats des examens ont été satisfaisants dans l'ensemble. Je signalerai, au point de vue des concours, ce fait que quatre des anciens élèves de l'Ecole de Nantes sont arrivés, cette année, à l'internat de Paris, MM. Guépin, Miraillié, Sourdille et Brindeau. M. Guépin a été le deuxième de la promotion.

Le personnel de l'Ecole a subi les modifications suivantes : M. Alline a été nommé professeur d'hygiène et de médecine légale ; MM. Pérochaud et Urbain Monnier ont été nommés, à la suite d'un concours subi à Paris, professeurs suppléants des chaires de médecine. Enfin, une place de chef des travaux d'anatomie pathologique et de bactériologie a été créée et donnée à M. le Dr Rappin, déjà connu par d'importants travaux de bactériologie.

L'Ecole de Nantes a reçu, il y a quelques jours, la visite du ministre de l'Instruction publique, venu dans notre ville pour inaugurer le nouveau lycée. M. Bourgeois a déclaré publiquement, en présence du recteur de l'Académie de Rennes, que l'Ecole de médecine de Nantes était la meilleure Ecole de France, et que, si l'une de ces Ecoles devait être transformée en Faculté, c'est celle de Nantes qui le serait. Enfin, il a couvert d'éloges l'excellent et dévoué directeur de l'Ecole, qui porte le nom illustre de Laënnec et lui a fait espérer une décoration prochaine.

L'Ecole de Nantes a reçu dans le cours de l'année un legs important. Un ancien élève de l'Ecole, le Dr Emile Cossé, mort à Paris où il habitait (il n'exerçait pas), a légué à l'Ecole où il avait fait ses premières études médicales une rente perpétuelle de 1.800 francs, pour fonder les prix suivants : un prix de 600 francs appelé *prix Marcé* ; un prix de 500 francs appelé *prix Malherbe*; un prix de 400 francs appelé *prix Guépin* ; enfin, un prix de 200 francs et l'autre de 100 francs, dénommés *prix de la Ville de Nantes* et destinés, chaque année, à deux élèves sages-femmes. Le mode d'emploi de la fondation Cossé a été réglé par une commission composée de professeurs de l'Ecole et des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Nantes. Il a été décidé que le *prix Marcé* serait le 1er prix de clinique; que le *prix Malherbe* serait donné au premier interne des hôpitaux nommé au concours ; que le *prix Guépin* serait donné alternativement au vainqueur du concours pour l'emploi de chef de clinique ophtalmologique et au meilleur travail d'oculistique, adressé pour un concours spécial les années où la place de chef de clinique n'est pas vacante.

On conçoit que cette généreuse donation du feu Dr Cossé a été la bienvenue, l'Ecole de Nantes ne disposant naguère d'aucun prix particulier.

Je viens de présenter l'Ecole sous son jour favorable. Voyons maintenant le revers de la médaille. Il manque : 1° un labora-

toire de bactériologie; 2° un laboratoire de pharmacie; 3° un laboratoire d'histologie végétale pour les pharmaciens et les étudiants en médecine de première année. Les laboratoires d'histologie et anatomie pathologique, de physiologie sont insuffisants. En créant ou augmentant ces laboratoires et en instituant un enseignement officiel convenable pour certaines spécialités (peau et syphylis, oto-rhino-laryngologie, voies urinaires), on aurait un enseignement à peu près complet.

C'est pourquoi l'effort à faire pour fonder à Nantes une Faculté ne serait nullement excessif.

On devrait comprendre qu'en multipliant les foyers de travail on multiplie aussi les fruits de ce travail et les découvertes. Pourquoi l'Allemagne et l'Autriche nous surpassent-elles dans certaines parties des sciences biologiques? Parce que les Universités y sont nombreuses et que là où vingt, trente, quarante hommes s'attellent à une question pour la faire avancer, il y a plus de chance de réussite que là où il y a seulement dix ou quinze travailleurs. Mais il faudrait encore autre chose! Et il faudrait que les chaires purement scientifiques fussent réservées à des médecins n'exerçant pas, et par conséquent suffisamment rémunérées pour permettre aux professeurs de vivre de leur enseignement. Il est clair qu'avec des traitements annuels de 4 à 6,000 francs, on a une grande chance d'avoir des hommes qui travailleront d'autant moins dans leurs laboratoires qu'ils réussiront mieux dans la clientèle. Il y aurait à cet égard une grande réforme à faire dans l'enseignement de la médecine.

Mais je m'écarte de l'objet de cette lettre qui était seulement destinée à parler de l'Ecole de médecine de Nantes et ne veux pas abuser plus longtemps de la patience du lecteur.

Veuillez agréer... X.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.

Ecole d'Amiens.

Directeur : M. Lenoel. — *Secrétaire de l'Ecole* : M. Ozout. — *Bibliothécaire* : M. L. Riquier. — *Secrétaire du conseil de l'Ecole* : M. Dhourdin.

Professeurs titulaires.

Clinique médicale : M. Mollien. — *Clinique chirurgicale* : M. Peugniez. — *Pathologie interne* : M. Dheilly. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : M. Moulonguet. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Lenoel père. — *Clinique ophtalmologique* : M. Bax. — *Anatomie* : M. Dhourdin. — *Physiologie* : M. Scribe. — *Hygiène et thérapeutique* : M. Richer. — *Histoire naturelle* : M. Bernard. — *Chimie et toxicologie* : M. Bor. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Debionne. — *Physique* : M. Dubois.

Professeurs suppléants.

Clinique médicale et pathologie interne : M. Decamps. — *Clinique chirurgicale, pathologie externe et accouchements* : M. Trépant. — *Anatomie et physiologie* : M. Fournier. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Pajot. — *Physique et chimie* : M. Moynier de Villepoix. — *Histoire naturelle* : M. Lenoel fils. — *Micrographie* : M. Moynier de Villepoix. — *Chef des travaux anatomiques et physiologiques* : M. Froidure. — *Chef des travaux chimiques et physiques* : M. Pancier. — *Chef de clinique médicale* : M. Lavoine. — *Chef de clinique chirurgicale* : M. Brucant. — *Chef de clinique obstétricale* : M. Froidure. — *Prosecteur d'anatomie* : M. Piédecocq. — *Aide d'anatomie* : M. N... — *Chef des laboratoires de physiologie, d'histologie et de bactériologie* : M. Lefranc. — *Préparateur de chimie* : M. Boieldieu. — *Préparateur de pharmacie* : M. Chartier. — *Préparateur de physique* : M. Malpart. — *Préparateur d'histoire naturelle* : M. Carrez.

Il existe des *Cours communaux* de *physique*, de *chimie* et de *botanique* qui sont également suivis par les étudiants. — Outre la *bibliothèque de l'école*, la bibliothèque de la Ville est ouverte aux élèves, de 10 h. à 4 h., et de 6 h. à 10 h. du soir.

Ecole d'Angers (*réorganisée*).

L'École de médecine et de pharmacie d'Angers, réorganisée par arrêté ministériel du 26 juillet 1890, possède douze professeurs titulaires, 6 professeurs suppléants, 2 chefs des travaux, 3 chefs de clinique.

Directeur : M. Legludic. Les chaires sont les suivantes :

Thérapeutique et hygiène : M. Bahuaud, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. Dezanneau, professeur. — *Pathologie externe* : M. Douet, professeur. — *Clinique interne* : M. N..., professeur. — *Pathologie interne* : M. Feillé, professeur. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Guignard, professeur. — *Physiologie* : M. Legludic, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Lieutaud, professeur. — *Anatomie* : M. Mareau, professeur. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Raimbault, professeur. — *Chimie et Toxicologie* : M. Tesson, professeur. — *Physique* : M. N..., professeur. M. N..., chargé du cours. — *Professeurs suppléants.* — M. Thibault, chaire de médecine, chargé du cours d'hygiène. — M. Monprofit, chaire de chirurgie, chargé du cours de médecine opératoire. — M. Sarazin, suppléant de physique et chimie. — M. Labesse, suppléant de pharmacie et matière médicale. — M. Thésée, suppléant d'histoire naturelle. — M. Charier, suppléant d'anatomie, chargé du cours d'histologie. — M. Charier, chef des travaux anatomiques — M. N..., chef des travaux chimiques. — *Professeur honoraire* : M. Farge.

Enseignement pratique. — L'hôpital a 400 lits; tous les services y sont confiés à des professeurs de l'École, en sorte qu'il est entièrement ouvert aux élèves. *Clinique médicale* : hommes, 40 lits; femmes 30; plus des tentes et pavillons de contagieux. — *Clinique chirurgicale* : hommes, 50 lits; femmes, 25; plus des tentes et un service de vénériens. — *Clinique obstétricale* : Maternité, 25 lits; — Gynécologie, 12 lits. — L'hôpital a six internes titulaires et quatre internes provisoires nommés au concours. Ils sont logés, nourris, etc.

Anatomie. — Un chef des travaux, un prosecteur et deux aides d'anatomie nommés au concours. Pavillon spécial avec laboratoire du professeur, du chef des travaux, des préparateurs, des internes. Amphithéâtre des élèves; tables pour sept séries.

Physiologie : Un aide de physiologie. — Laboratoire spécial du professeur. Vaste laboratoire pour les élèves.

Chimie. — Un chef des travaux, un préparateur en chef, trois aides-préparateurs, tous nommés au concours. Laboratoire spécial du professeur et des préparateurs. Vaste laboratoire pour les élèves, avec fourneaux fixes, fourneaux à gaz, forge, étuves, plate-forme et étagère pour réactifs, etc.

Physique : Cabinet de physique. Laboratoire pour les élèves. — Laboratoire spécial du professeur.

Salles spéciales pour histologie, micrographie (avec nombreux microscopes), bactériologie. — Bibliothèque ouverte aux élèves; 5,000 volumes de médecine. — Salle de lecture ouverte de 1 h. à 5 h. tous les jours. — Nombreuses publications scientifiques périodiques. — Musée. Double série de vitrines ayant 62 mètres de développement. Nombreuses collections. — Jardins botaniques.

Ecole de Besançon (*réorganisée*).

Directeur : M. Saillard. — *Secrétaire* : M. Gaussin. — *Professeur honoraire* : M. Druhen aîné.

Professeurs titulaires.

Anatomie descriptive : M. Bruchon, professeur. — *Physiologie* : M. Charbonnel Salle, professeur. — *Chimie médicale et toxicologie* : M. Boisson, professeur. — *Botanique médicale* : M. Magnin, professeur. — *Clinique médicale* : M. Coutenot, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. Saillard, professeur. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Druhen jeune, professeur. — *Hygiène et thérapeutique* : M. Rolland, chargé du cours. — *Pathologie interne* : M. Gauderon, professeur. — *Pathologie externe* : M. Chapoy, professeur. — *Matière médicale* : M. Thouvenin, professeur. — *Physique médicale* : M. Joubin, chargé du cours.

Professeurs suppléants chargés de cours.

Histologie normale et embryologie : M. Bolot, professeur suppléant. — *Anatomie et histologie pathologiques* : M. Roland, professeur suppléant. — *Anatomie chirurgicale* : M. Heitz, professeur suppléant. — *Chimie organique* : M. Morin, professeur suppléant. — *Zoologie médicale* : M. Prieur, chargé du cours. — *Chef des travaux anatomiques* : M. Bouton. — *Chef des travaux chimiques* : M. Morin.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs titulaires, 5 professeurs suppléants chargés de cours; 2 chefs de travaux; 5 préparateurs et 2 aides. 3 chefs de clinique, 5 internes des hôpitaux et 7 externes nommés au concours. Les internes touchent chacun 400 fr. la première année, 600 francs la seconde.

Besançon possède deux hôpitaux : 1° le grand hôpital ou *hôpital Saint-Jacques* renfermant plus de 500 lits. Il est civil et militaire, contigu à l'École. Les cliniques médicale et chirurgicale y sont installées et disposent de 200 lits. Un service d'enfants a été créé. Les élèves font le service de toutes les salles, civiles ou militaires. Il y a un laboratoire de clinique très complet; 2° l'hospice de Bellevaux, renfermant 250 lits environ, contient : la Maternité où se fait la clinique d'accouchements qui dispose de 30 lits; les malades vénériens, cutanés, aliénés en observation et incurables. Cet hospice est départemental. Tous ces lits sont à peu près constamment occupés et

l'Ecole a des ressources hospitalières exceptionnelles. Les cadavres sont en nombre largement suffisant pour les dissections et la médecine opératoire. La bibliothèque, contenant plus de 6000 volumes, est à la disposition des élèves, qui peuvent emporter les livres. — Le *Jardin botanique* est dépendant de l'école. — L'Ecole est réorganisée conformément au décret du 1er août 1883. — Le Conseil général du Doubs a créé six bourses de 600 francs chacune, en faveur des étudiants en médecine (Doctorat et Officiat) qui prendront l'engagement d'exercer dans le département pendant 10 ans. — S'adresser pour renseignements au directeur.

Ecole de Caen.

Directeur : M. Bourienne.— *Secrétaire* : M. Carlet.

Semestre d'Hiver 1889-1890.

Les cours ont recommencé le 3 novembre.

Professeurs. — *Anatomie* : M. Gidon. — *Physiologie* : M Fayel-Deslongrais. — *Hygiène et Thérapeutique* : M. Catois. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Charbonnier.— *Pathologie externe et médecine opératoire* : M. Guillet. — *Clinique interne* : M. Auvray. — *Clinique obstétricale* : M. Bourienne.— *Clinique externe* : M. Barette. — *Pathologie interne* : M. Moutier. — *Botanique médicale* : M. Pihier. — *Chimie et toxicologie* : M. Louise. — *Physique* : M. Gossart.

Professeurs suppléants.

Cours complémentaire d'histologie normale : M. Gosselin, suppléant pour les chaires de clinique et de pathologie internes. — *Cours complémentaire d'anatomie normale* : M. Vigot, chef des travaux anatomiques. — *Leçons élémentaires d'angéiologie* : M. Vigot, suppléant d'anatomie et physiologie. — *Cours complémentaire d'accouchements, etc.* : M. Noury, suppléant pour les chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale. — *Cours de zoologie médicale* : M. Chevrel, chargé des fonctions de suppléant pour la chaire d'histoire naturelle médicale. — *Cours complémentaire de pharmacie et matière médicale* : M. Gramond, suppléant pour la chaire de pharmacie et matière médicale. — *Cours complémentaire de physique et de chimie* : M. Demerliac, chargé des fonctions de sup-pléant des chaires de physique, de chimie et toxicologie.

Travaux pratiques.

Médecine opératoire : M. Guillet. — *Histologie pathologique* : M. Gosselin. — *Physiologie* : M. Vigot. — *Physique* : M. Perrier. — *Chimie* : M. Perrier. — *Histoire naturelle médicale* : *Micrographie* : M. Chevrel. — *Herborisations* : M. Pihier. — *Anatomie* : M. Noury, chargé des travaux anatomiques et physiologiques. — *Chimie minérale, chimie organique et Chimie analytique, toxicologie* : M. Perrier (1).

Ecole de Clermont-Ferrand (*Réorganisée*).

Année scolaire 1892-93, commençant le 5 novembre.

Directeur : M. le Dr E. Ledru. — *Professeur honoraire* : M. Nivet. *Secrétaire* : M. le Dr Dourif.

Professeurs suppléants.

MM. N..., Pojolat, Planchard, Maurin, Glangeaud, Mosnier, Lafont. — *Chef des travaux anatomiques* : MM. Pojolat. — *Chef des travaux chimiques* : M. Gros. — *Chef de clinique chirurgicale* : M. Fournial. — *Chef de Clinique médicale* : M. Fournier. — *Chef de Clinique obstétricale* : M. Fouriaux fils.

Semestre d'hiver.

Clinique chirurgicale : M. Ledru, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 7 heures du matin. — *Clinique médicale* : M. Dourif, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures du matin. — *Anatomie* : M. Tixier, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 heures du soir. — *Chimie* : M. Huguet, prof., lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Pharmacie* : M. Rocher, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 10 heures du matin — *Pathologie interne* : M. Fouriaux, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Accouchements* : M. Bousquet, professeur, mardi et samedi, à 10 heures du matin.

Cours complémentaires.

Anatomie. : M. Pojolat, professeur suppléant, lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures du soir. — *Physique médicale* : M. Truchot, chargé de cours, mardi et samedi, à 11 heures du matin. — *Petite chirurgie* : M. Maurin, professeur suppléant, jeudi, à midi. — *Histoire naturelle médicale* (Zoologie) : M. Glangeaud, professeur suppléant, lundi et vendredi, à 10 h. du matin.

Semestre d'été.

Clinique médicale : M. Dourif, lundi et jeudi, à 8 heures du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Ledru, mardi et vendredi, à 7 heures du matin. — *Clinique obstétricale* : M. Bousquet, mercredi et samedi, à 7 heures du matin. — *Physiologie* : M. Blatin, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 3 heures du soir. — *Pathologie externe* : M. Gagnon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à midi. — *Hygiène et thérapeutique* : M. Fredet, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 11 heures du matin. — *Histoire naturelle médicale* (Botanique) : M. Girod, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 11 heures du matin.

Cours complémentaires.

Histologie : M. Pojolat, professeur suppléant, mardi et samedi, à 3 heures du soir. — *Chimie organique, toxicologie* : M. Mosnier, professeur suppléant, mercredi et vendredi, à 11 h. du matin. — *Pathologie interne* : M. Planchard, professeur suppléant, mardi et jeudi, à midi. — *Médecine opératoire* : M. Maurin, professeur suppléant, jeudi, à 3 heures. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Lafont, professeur suppléant, lundi et vendredi, à 10 heures du matin.

Première année. — *Hiver* : Physique, Chimie, Pharmacie, Travaux pratiques, Anatomie, Histoire naturelle. — *Eté* : Chimie, Histoire naturelle, Histologie, Travaux pratiques, Pharmacie et matière médicale.

Deuxième année. — *Hiver* : Clinique externe, Anatomie, Pathologie interne, Travaux de dissection. — *Eté* : Clinique externe, Clinique interne, Physiologie, Histologie, Pathologie externe, Pathologie interne.

Troisième année. — *Hiver* : Clinique externe, Clinique interne, Pathologie, Thérapeutique, Travaux de dissection, Accouchements. — *Eté* : Clinique externe, Clinique interne, Clinique obstétricale, Pathologie externe, Pathologie interne, Physiologie.

Les dissections sont obligatoires pour tous les élèves en médecine ; elles sont dirigées par le Chef des travaux anatomiques, et commencent le 15 octobre. Les manipulations chimiques sont obligatoires pour les élèves en pharmacie et pour les élèves en médecine ; elles sont dirigées par le Chef des travaux chimiques, et ont lieu les lundi, mercredi, vendredi, de 8 heures à midi. Des herborisations ont lieu pendant l'été sous la direction du professeur d'histoire naturelle. Elles sont gratuites. Le registre des inscriptions sera ouvert au secrétariat de l'Ecole, le 1er novembre et clos le 15 du même mois.

Ecole de Dijon.

Circonscription de l'école (Côte-d'Or, Nièvre, Yonne, Saône-et-Loire).

Directeur : M. Deroye. — *Secrétaire* : M. Girard. — *Directeur honoraire* : M. Gautrelet. — *Professeur honoraire* : M. Morlot.

Professeurs titulaires.

Anatomie descriptive : M. Maillard. — *Physiologie* : M. Tarnier. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : M. Fleurot. — *Pathologie interne* : M. Misset. — *Clinique interne* : M. Deroye. — *Clinique externe* : M. Parizot. — *Accouchements, maladies des femmes et des enfants* : M. Gautrelet. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Viallannes. — *Histoire naturelle* : M. Laguesse. — *Hygiène et thérapeutique* : M. Collette. — *Chimie médicale* : M. Margottet, chargé de cours. — *Physique* : M. Brunhes, chargé de cours complémentaires.

Professeurs suppléants.

Anatomie pathologique : M. Quioc. — *Physique médicale* : M. Hébert. — *Anatomie topographique et médecine opératoire* : M. Broussolle. — *Histologie normale* : M. Cottin. — *Chef des travaux anatomiques et Cours complémentaire d'anatomie* : M. Cottin. — *Chef des travaux chimiques* : M. Bellier.

Les cours de l'Ecole sont complets en deux années, sauf quelques-uns des plus importants (Anatomie, Physique), qui sont terminés dans chaque année scolaire.

Les travaux pratiques de dissections durent tout le semestre d'hiver, ils ont lieu tous les jours de midi à quatre heures ; néanmoins les élèves peuvent disséquer, à cause de l'abondance des sujets, jusqu'au 15 avril, époque des examens du 2e de Doctorat. En été ont lieu des travaux de médecine opératoire et d'histologie. Pendant les deux semestres, les laboratoires de chimie sont ouverts aux Etudiants en Pharmacie et Médecine (1re année). Ajoutons que l'Enseignement (cours et travaux pratiques) de la Faculté des Sciences est combiné de façon à ce que les Etudiants puissent y acquérir un complément d'instruction et profiter du riche matériel des Facultés somptueusement installées maintenant.

En été, des herborisations ont lieu tous les dimanches, sous la direction du professeur de l'Ecole de médecine.

(1) Depuis longtemps le professeur de physiologie demande qu'il y ait un chef des travaux physiologiques à côté du chef des travaux anatomiques. Nous avons visité au mois de septembre dernier le laboratoire de physiologie installé avec le plus grand soin par M. Fayel, et un peu, sinon beaucoup, à ses frais. Il s'y fait un enseignement pratique qui justifie assurément la demande dont nous venons de parler.

Le Jardin Botanique de la ville, placé aussi sous la surveillance de ce professeur, est d'une grande utilité pour les Etudiants en pharmacie et en médecine.

Pour les Etudiants de médecine de 2e et de 3e année, les cliniques médicale et chirurgicale ont lieu à l'Hopital général. Elles comprennent, outre les services d'adultes, l'infirmerie des vieillards et la crèche. De plus, les salles militaires, ainsi que les services du médecin et du chirurgien de l'hôpital, libéralement ouverts aux Etudiants, apportent leur contingent d'observations d'autopsies et d'opérations. Un service d'enfants malades a été aussi nouvellement installé à l'hôpital qui, pour ses divers services, compte plus de 700 lits.

L'Enseignement obstétrical a lieu à la Maternité du 1er avril au 1er octobre ; les Etudiants peuvent, jour et nuit, assister à toutes les observations et suivre les accouchements normaux. La proximité de l'Asile des aliénés est aussi d'un grand secours pour compléter l'instruction des Etudiants qui peuvent, le dimanche, assister aux visites des médecins de l'établissement.

Les places d'internes sont mises au concours chaque année à mesure des vacances, ainsi que les places de prosecteur et de préparateur des travaux chimiques.

Outre les prix de l'Ecole, il y a un prix annuel de clinique décerné, sur l'avis de l'Ecole, à l'Etudiant qui a le mieux rempli les fonctions d'interne à l'hôpital (Prix Picamelot). — Notons, pour terminer, que la Bibliothèque de l'Ecole possède plus de 3000 volumes, les périodiques et les thèses. Elle est ouverte aux Etudiants de midi à 5 heures.

Le Musée d'anatomie normale comprend de nombreuses pièces artificielles et une ample collection d'os, de sorte que les Etudiants peuvent en profiter et pendant la leçon du professeur et dans l'intervalle des cours, tous ces matériaux étant entièrement à leur disposition, sous la surveillance du prosecteur d'anatomie.

Plusieurs vitrines renferment des pièces pathologiques : ce sont principalement des fractures et affections du système osseux, leur nombre s'accroît chaque année.

Ecole de Grenoble.

Professeurs honoraires : MM. Michaud et Breton.

Semestre d'hiver 1892-1893.

Les cours de ce semestre commenceront le 7 novembre 1892.

Clinique interne : M. Berger, professeur ; lundi et vendredi, à 8 heures 1/2. — *Clinique externe* : M. Girard, professeur, mardi, samedi, à 8 heures 1/2. — *Anatomie* : M. Allard, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à 11 heures ; M. Pegoud, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques, mardi, jeudi, à 11 heures. — Les dissections sont obligatoires pour tous les élèves ; elles ont lieu tous les jours sous la direction du chef des travaux anatomiques. — *Hygiène et Thérapeutique* : M. Berlioz, professeur, lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 3 heures. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Verne, professeur, mardi, vendredi, à 8 heures 3/4. — *Chimie et Toxicologie* : M. Labatut, chargé de cours lundi et jeudi, à 2 heures. — *Manipulations* : M. Romeyer, chef des travaux chimiques (travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves), mercredi et samedi, à 2 heures. — *Pathologie interne* : M. Bisch, professeur, mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 4 heures. — *Histoire naturelle (Zoologie)* : M. Bordier, chargé de cours, lundi, jeudi, à 10 heures. — *Physique* : M. Janet, chargé de cours, mercredi, samedi, à 9 heures

Semestre d'été 1893.

Les cours de ce semestre commenceront le 1er avril 1893.

Clinique interne : M. Berger, professeur, lundi, vendredi, à 8 heures 1/2. — *Clinique externe* : M. Girard, professeur, mardi, samedi, à 8 heures 1/2. — *Accouchements, maladies des femmes et des enfants* : M. Gallois, professeur, lundi, mercredi et samedi, à 2 heures. — *Histoire naturelle (botanique)* : M Bordier, chargé de cours, mardi, vendredi, à 10 heures. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Verne, professeur, mardi, vendredi, à 8 heures 3/4. — *Chimie et toxicologie* : M. Labatut, chargé de cours, lundi et jeudi, à 2 heures. — *Manipulations* : M. Romeyer, chef des travaux chimiques (Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves), mercredi et samedi, à 2 heures. — *Pathologie externe et Médecine opératoire* : M. Turrel, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures 3/4. Samedi, à 3 heures 3/4, démonstrations pratiques par le professeur. Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves). — *Physiologie* : M. Montaz, professeur, mardi, mercredi, samedi, à 4 h. — *Physique* : M. Janet, chargé de cours, mercredi et samedi, à 9 heures.

Cours complémentaires.

Ophtalmologie : M. Deschamps professeur suppléant, jeudi, à 8 heures 1/2 du matin. — *Exercices pratiques d'histoire naturelle* : M. Gagnieu, professeur suppléant, jeudi à 4 heures. — *Exercices pratiques de physique* : M. N., professeur suppléant, mardi, à 3 heures. — *Exercices pratiques de pharmacie* : M. Baboin, professeur suppléant, vendredi, a 2 heures. — *Ophtalmologie* M. Deschamps, professeur suppléant, mercredi, à 8 heures 1/2 du matin. — *Anatomie générale (histologie)* : M. Douillet, professeur suppléant, lundi, jeudi, à 3 heures. — *Exercices pratiques de pharmacie* : M. Baboin, professeur suppléant, vendredi, à 2 heures. — Conférences dirigées par les Chefs de travaux et par les Suppléants pendant les deux derniers mois du semestre.

Circonscription de l'Ecole de Grenoble : Isère, Drôme, Hautes-Alpes, Ardèche, Savoie, Haute-Savoie, Ain.

Dispositions générales. — Des registres d'inscription sont ouverts au Secrétariat de l'Ecole pour les aspirants au doctorat en médecine, au titre d'officier de santé, au titre de pharmacien de première et de deuxième classe. Tout candidat qui prendra une première inscription sera tenu de déposer entre les mains du secrétaire de l'Ecole : 1° Son acte de naissance, constatant qu'il a au moins dix-sept ans accomplis ; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur l'autorisant à suivre les cours de l'école; 3° L'indication de son domicile dans Grenoble et celle du domicile de ses parents ; 4° L'étudiant qui aspire au doctorat doit produire, avant de prendre la première inscription, le diplôme de bachelier ès lettres et celui de bachelier ès sciences restreint ou complet ; 5° L'aspirant au titre de pharmacien de 1re classe doit produire le diplôme de bachelier ès sciences ou de bachelier ès lettres, ou de l'enseignement spécial ; 6° L'élève qui aspire au titre d'officier de santé doit déposer le certificat d'études exigé par les règlements ou un diplôme de bachelier ; 7° L'aspirant au titre de pharmacien de 2e classe doit produire, en s'inscrivant, les mêmes pièces que les aspirants à l'officiat, et de plus, le certificat d'examen de validation du stage (Règlement du 31 août 1878). Le registre des inscriptions sera ouvert pour le 1er trimestre, du 20 octobre au 5 novembre inclusivement, et pendant les quinze premiers jours des 3 autres trimestres. L'inscription ne sera acquise et délivrée que dans les huit premiers jours du trimestre suivant, et seulement dans le cas où l'élève aura préalablement justifié de sa présence aux cours obligatoires pendant tout le trimestre écoulé.

Le stage dans les hôpitaux, exigé des aspirants au doctorat en médecine et des aspirants au titre d'officier de santé, est obligatoire pour tous ces élèves. Il doit commencer, pour les uns comme pour les autres, après la quatrième inscription validée et se continuer jusqu'à la douzième inclusivement. Chaque année de stage réglementaire se compose, déduction faite des vacances, de dix mois complets de service effectif et commence régulièrement le 1er novembre pour se continuer sans interruption jusqu'au 31 août inclusivement.

Les inscriptions prises à l'Ecole de médecine comptent, pour toute leur valeur, comme prises dans une Faculté. Les travaux pratiques sont obligatoires ; la rétribution à verser est fixée à 15 fr. par trimestre pour la première année, à 10 fr. par trimestre pour les 2e et 3e années, et 5 fr. pour la 4e année (*Officiat*, décret du 20 juin 1878).

Les élèves en pharmacie qui aspirent au titre de pharmacien de 1re classe peuvent faire compter huit inscriptions d'Ecole préparatoire pour deux années dans une Ecole supérieure de pharmacie. Les élèves qui aspirent au titre de pharmacien de 2e classe sont tenus de prendre douze inscriptions (décret du 15 juillet 1875). Les étudiants ne seront admis à prendre les cinquième et neuvième inscriptions qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année (idem). Les travaux pratiques sont obligatoires pendant les trois premières années de cours. La rétribution à verser a été fixée à 25 fr. par trimestre (idem).

Pour les aspirants au doctorat en médecine, deux sessions d'examens seront ouvertes dès que l'Ecole préparatoire sera réorganisée, l'une au mois d'août pour le premier examen probatoire, l'autre au mois d'avril pour la première partie du deuxième examen probatoire

Les sessions d'examens définitifs auront lieu aux époques suivantes : En août, pour les officiers de santé, les sages-femmes, les pharmaciens de 2e classe et les herboristes ; En novembre, pour les pharmaciens de 2e classe ajournés ou empêchés de se présenter en août, En avril, pour les officiers de santé ajournés en août et pour les sages-femmes.

L'examen de validation de stage aura lieu aux mêmes époques que les examens définitifs des pharmaciens de 2 classe.

Les dates de clôture du registre d'inscription pour les examens sont : le 25 octobre, le 25 mars et le 25 juillet.

Par délibération de l'Ecole de médecine, des concours auront lieu à la fin de l'année scolaire ; les prix obtenus seront décernés dans la séance solennelle de rentrée.

Ecole de Limoges.

Directeur : M. E. Raymondaud.
Professeur honoraire : M. Mazard.
Secrétaire : M. Pillault.
Bibliothécaire : M. le Dr Mallebay.
Circonscription de l'école : Haute-Vienne, Corrèze, Dordogne et Lot.

ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

Les cours ont commencé le 3 novembre 1892.

Programme des cours.

Semestre d'hiver. — *Chimie et toxicologie :* M. Peyrusson, professeur, lundi, mardi, vendredi; conférence, samedi, à 10 h. 1/2. — *Clinique interne :* M. P. Lemaistre, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures du matin. — *Clinique externe :* M. Raymondaud père, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures du matin. — *Anatomie :* M. J. Lemaistre, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à midi et demi.— *Pathologie interne :* M. Raymond, professeur, mardi, mercredi, vendredi; conférence, samedi, à 2 heures. — *Thérapeutique :* M. Derignac, professeur, lundi, mardi, jeudi, conférence, samedi, à 4 heures. — *Physique :* M. Gusse, chargé du cours, lundi, mardi, jeudi, samedi à 5 h.

Semestre d'été. — *Clinique externe :* M. Raymondaud père, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin. — *Clinique interne :* M. P. Semaistre, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. du matin. — *Accouchements, maladies des femmes :* M. L. Bleynie, professeur, lundi, mercredi, vendredi; conférence, samedi, à 4 heures. — *Physiologie :* M. Thouvenet, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. — *Pathologie externe :* M. Chénieux, professeur, lundi, mercredi, vendredi; conférence, samedi, à 3 heures. — *Histoire naturelle :* M. Boudet, professeur, mardi, mercredi, vendredi; conférence samedi, à 5 heures du soir. — *Pharmacie et matière médicale :* M. Pillault, professeur, lundi, mardi, vendredi; conférence, samedi, à 10 h. du matin.

Professeur honoraire : M. Mazard.

Cours complémentaires et conférences.

Conférences et travaux pratiques d'histoire naturelle. — M. Devaux, prof. sup. les lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. du matin (semestre d'hiver).

Travaux pratiques de micrographie, les lundis et jeudis, de 7 h. à 11 h. du matin, N. Devaux, professeur suppléant (semestre d'été).

Anatomie générale et embryologie. — M. G. Raymondaud, professeur suppléant. les lundis, mercredis, vendredis, à 2 h. (semestre d'été). — Cours complémentaire et conférences d'anatomie, lundi, mardi, jeudi, vendredi, de midi 1/2 à 5 h., M. Albert Thouvenet, chef des travaux anatomiques (semestre d'hiver).

Conférences et manipulations chimiques. — M. Besnard, chef des travaux chimiques, mercredi, jeudi, samedi à 8 heures du matin (semestre d'hiver).

Chirurgie des armées (secours à donner aux blessés en temps de guerre).— M. Delotte, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Hygiène. — M. N....., professeur suppléant, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Conférences et travaux chimiques et physiques : M. Besnard, chef des travaux chimiques. Du 15 avril au 31 juillet : Mercredi et jeudi de 1 h à 5 h.; samedi de 8 h. à midi.

Cours complémentaires d'anatomie : Mardi et jeudi à midi 1/2 ; *Conférence :* Lundi et vendredi à 2 h. (novembre et décembre) : M. Albert Thouvenet, chef des travaux anatomiques.

Professeurs suppléants : MM. G. Raymondaud, Devaux, Delotte. — *Chef des travaux anatomiques :* M. Albert Thouvenet, — *Chef des travaux chimiques :* M. Besnard. — *Prosecteur :* M. Ansonneau. — *Préparateur de chimie, pharmacie :* M. Dubois. — *Bibliothécaire :* M. le Dr Mallebay.

L'Ecole de Limoges présente des facilités particulières pour l'étude de l'anatomie. Les cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale s'exercent dans un vaste hôpital civil et militaire dont les différents services comprennent plus de 400 malades, blessés, femmes en couches, etc. Tous les ans, six places d'internes dans cet établissement sont mises au concours à l'hôpital. Limoges possède une Société de médecine et de pharmacie, un journal, organe de cette Société. L'importante bibliothèque médicale de la ville a été transférée dans une des salles de l'école ; elle est ouverte tous les jours aux élèves.

Ecole de Poitiers.

ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

Directeur : M. Chédevergne ; — *Secrétaire :* M. Roche.

Les Cours du semestre d'hiver commencent le 3 novembre et finissent le 15 mars. — Les Cours du semestre d'été commencent le 15 mars et se terminent à la fin du mois de juillet.

Semestre d'hiver. — *Clinique externe :* M. Chédevergne, les mardis, jeudis et samedis, à 9 h. — *Anatomie :* M. Buffet-Delmas, leçons du professeur, les lundis, mardis, jeudis et samedis, à midi 1/2. — M. Berland, chef des travaux anatomiques, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 3 heures.—*Clinique interne :* M. J. Brossard, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures. — *Chimie et toxicologie :* M. Guitteau, les lundis, mercredis et vendredis, à 1 h. Conférence le samedi à 1 h. — *Pathologie externe :* M. Chrétien, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. 1/2. Conférence le samedi à la même heure. — *Thérapeutique :* M. de la Garde, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. 1/2. — *Pharmacie et matière médicale :* M. Mauduyt, les mardis, jeudis et vendredis, à 1 h. 1/2.

Semestre d'été. — *Clinique externe :* M. Chédevergne, les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures. — *Clinique interne :* M. J. Brossard, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures. — *Physiologie :* M. Roland, les mardis, jeudis et samedis, à 8 heures du matin. Conférence les samedis, à 3 h. — *Pathologie externe et médecine opératoire :* M. Poisson, les lundis, mercredis à 4 h., samedis à 3 h. — *Accouchements, maladies des femmes et des enfants :* M. Jallet, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. Conférence le mercredi à 2 h. — *Histoire naturelle médicale :* M. Poirault, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h. Herborisation le dimanche. — *Hygiène :* M. de la Garde, les mardis, jeudis et samedis, à 7 h. du matin. Conférence les jeudis, à 4 h. — *Histologie ;* M. Delaunay, lundi et jeudi, à 1 heure.

Conférences et cours complémentaires.

Cours complémentaire de physique : M. Garbe, mardi à 9 h. 3/4 et samedi à 3 h. 1/2. — *Conférence de physique médicale :* M. Jouteau. Mercredi et vendredi à 9 h. — *Chirurgie militaire :* M. Chrétien, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h. — *Cours de médecine dentaire :* M. Moore, samedi, à 8 h. — *Hygiène :* M. Brossard, les mardis, mercredis et vendredis, à 9 h. du matin. — *Conférences pratiques de bactériologie :* M. Delaunay, mercredi et vendredi, à 2 heures.

Travaux pratiques.

Etudiants en médecine. 1re année : *Physique et chimie :* M. Jouteau. — *Histoire naturelle (micrographie) :* M. Brumaud de Montgazon. — 2e année : *Anatomie :* M. Berland. — 3e année : *Anatomie :* M. Berland. — *Médecine opératoire :* M. Chrétien.

Etudiants en pharmacie. 1re année : *Chimie minérale élémentaire :* M. Jouteau. — 2e année : *Chimie analytique :* M. Jouteau. — 3e année : *Micrographie :* M. Brumaud de Montgazon.— 4e année : *Physique :* M. Jouteau.

Ordre des cours suivant les années d'étude.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (1re année).— Pendant le semestre d'hiver : Les cours d'anatomie, de chimie et de toxicologie, les travaux de dissection, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques d'histoire naturelle. — *Pendant le semestre d'été :* Les cours de clinique externe, de physiologie, d'histoire naturelle, de physique, de pathologie externe, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques de physique.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (2e année). — Pendant le semestre d'hiver : Les cours de clinique externe, de pathologie interne, de thérapeutique, d'anatomie, les travaux de dissection. — *Pendant le semestre d'été :* Les cours de clinique interne, de physiologie, d'accouchement et de maladies des femmes et des enfants, d'hygiène, d'histoire naturelle, de pathologie externe.

Cours obligatoires pour les candidats au doctorat (3e année). — Pendant le semestre d'hiver : Les cours de clinique externe, de clinique interne, de pathologie interne, de thérapeutique, les travaux de dissection. — *Pendant le semestre d'été :* Les cours de clinique externe, de clinique interne, d'accouchements et de maladies des enfants, d'hygiène.

Les aspirants au titre d'officier de santé doivent suivre les mêmes cours. — Les élèves en pharmacie sont tenus de suivre, pendant le semestre d'hiver, les cours de chimie, de pharmacie et de zoologie et les travaux pratiques ; pendant le semestre d'été, les cours d'histoire naturelle et de physique et les travaux pratiques.

Le service hospitalier comprend trois hôpitaux : l'Hôtel-Dieu, où ont lieu les cliniques ; l'Hôpital général, réservé aux vieillards, aux enfants et aux maladies mentales ; l'Hospice des Incurables, qui comprend un service de vénériennes et d'épileptiques. — Une clinique obstétricale est instituée à la Maternité.

Ces nombreux services rendent très faciles, pour les élèves, l'étude clinique des maladies, ainsi que celle de l'anatomie et de l'anatomie pathologique. Huit tables d'amphithéâtre permettent à huit séries de prendre simultanément part aux travaux.

Les internes, le prosecteur, les aides d'anatomie et les chefs de clinique sont nommés au concours, à mesure que se produisent les vacances. Les élèves sont aussi appelés à profiter des cours de la Faculté des sciences de Poitiers, qui, par suite d'une entente entre les professeurs, complètent ceux de l'Ecole de médecine. Ils sont même autorisés à prendre part aux travaux pratiques qui s'y font et qui peuvent leur être utiles.

La bibliothèque de l'Ecole de médecine, celle de la Ville et celle des Facultés sont chaque jour ouvertes aux étudiants en médecine. Celle de l'Ecole a été récemment, de la part de M. le Dr Raymondet, l'objet d'une importante donation (près de 700 volumes de médecine).

Les collections de l'Ecole sont également bien pourvues, par suite de legs très considérables de plusieurs professeurs de l'Ecole, et par suite des divers concours où des pièces d'anatomie doivent être préparées. L'anatomie pathologique offre des spécimens très remarquables.

Les étudiants devant passer les deux premiers examens de doctorat sans quitter l'école, tout y est organisé pour les y préparer. M. Garbe, professeur de physique à la Faculté des Sciences, fait un cours à l'Ecole de Médecine deux fois par semaine. M. le Dr Brumaud de Montgazon, licencié ès sciences naturelles, leur fait un cours complémentaire de zoologie et de botanique et les examine sur ces matières. Le chef des travaux exerce tous les jours, pendant le semestre d'hiver, théoriquement et pratiquement, les Etudiants de 2e et de 3e année, en vue de la 1re partie du second examen. Indépendamment des cours de chimie que les élèves suivent à l'Ecole, ils sont admis à la Faculté des Sciences aux conférences de chimie analytique et de chimie biologique.

Ecole de Reims.

Directeur : M. le Dr A. Luton. — *Secrétaire :* M. J. Moret.

La circonscription de l'Ecole de Reims comprend, pour les médecins, les pharmaciens, les herboristes et les sages-femmes, les départements de la Marne, des Ardennes, de la Meuse, de Seine-et-Marne et de l'Aube. L'Ecole ouvrira ses cours le jeudi 3 novembre, selon le programme suivant.

Semestre d'hiver.

Anatomie : M. L. Harman, tous les jours (le dimanche excepté), à 11 h. du matin. Une conférence par semaine. — *Clinique externe :* M. A. Decès, les lundis, mercredis et vendredis, à l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du matin. Une leçon hors des salles. — *Clinique interne :* M. Luton, les mardis, jeudis et samedis, à l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du matin. Une leçon hors des salles. — *Chimie minérale :* M. Diot, suppléant, les lundis et mercredis, à 4 h. du soir. Une conférence par semaine. — *Clinique obstétricale et gynécologique :* M. A. Panis, tous les jours, à l'Hôtel-Dieu, à 11 heures du matin. — *Physique médicale :* M. Chevy, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures du soir. Une conference par semaine. — *Pharmacie :* M. Lajoux, les mardis, mercredis et jeudis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine, le lundi, à 1 heure. — *Travaux pratiques d'anatomie et d'histologie :* MM. Colleville, suppléant et Hache, chef des travaux anatomiques, tous les jours à 1 heure 1/2; conférences les lundis, mercredis et vendredis, à 2 heures. — *Travaux de laboratoire de chimie, de physique et de pharmacie :* MM. Diot, suppléant et Moufflier, chef des travaux chimiques, les lundis, mercredis et vendredi, de 2 heures à 4 heures. — *Pathologie externe et Médecine opératoire :* M. Pozzi, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 4 heures. Une conférence par semaine. — *Histoire naturelle médicale (zoologie) :* M. Laurent, les mardis et jeudis, à trois heures.

Semestre d'été.

Physiologie : MM. Moret et Hache, chef des travaux anatomiques, les mardis, jeudis et samedis, à 11 heures du matin. Une conférence par semaine, le lundi, à 3 heures. — *Clinique externe :* M. A. Decès, les lundis, mercredis et vendredis, à l'Hotel-Dieu, à 8 heures du matin. Une leçon hors des salles. — *Clinique interne :* M. Luton, les mardis, jeudis et samedis, à l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du matin. Une leçon hors des salles. — *Thérapeutique et hygiène :* M. H. Henrot, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine. — *Clinique obstétricale et gynécologique :* M. A. Panis, tous les jours, à l'Hôtel-Dieu, à 11 heures du matin. — *Pathologie interne :* M. Strapart, les lundis, mardis et jeudis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine, le samedi, même heure. — *Conférences de pathologie générale :* M. Colleville, suppléant, le samedi, à 5 heures du soir. — *Chimie organique et toxicologie :* M. Grandval, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. du soir. Une conférence le samedi, à 1 h. — *Matière médicale :* M. X..., les mardis, jeudis et samedis, à 5 h. du soir. — *Histoire naturelle médicale botanique) :* M. Topsent, chargé de cours, les lundis, mercredis et vendredis, à 5 h. du soir. Une conférence par semaine (herborisation). — *Travaux de laboratoire de chimie, de physique et de pharmacie :* MM. Diot, suppléant et Moufflier, chef des travaux chimiques, les mardis, jeudis et samedis, de 1 h à 4 h. — *Suppléance des chaires de chirurgie et de gynécologie :* M. E. Doyen, suppléant, les mercredis et vendredis, à 11 h. du matin.

Ecole de Rennes *(réorganisée)*.

Directeur : M. Delacour.

L'ouverture des cours a eu lieu le 3 Novembre 1893.

La distribution des prix et médailles obtenus aux concours de l'année sera faite dans la séance solennelle de rentrée des Facultés.

L'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes possède treize chaires qui sont les suivantes :

Semestre d'Hiver (Novembre-Avril).

Clinique interne : M. Delacour, professeur. — *Clinique externe.* M. Aubrée, professeur. — *Clinique obstétricale et gynécologie :* M. Perret, professeur. — *Pathologie externe :* M. Petit, professeur. *Pharmacie et matière médicale :* M. Macé, professeur. — *Anatomie :* M. Lhuissier, professeur. — *Chimie médicale et toxicologie :* M. Bellamy, professeur. — *Botanique médicale :* M. Louveau, professeur. — *Physique médicale :* M. Deschamps, chargé de cours. — *Zoologie médicale :* M. Faint, professeur suppléant. — *Cours théorique d'accouchements :* M. Dayot fils, professeur suppléant. — *Conférences d'hygiène :* M. Bertheux, professeur suppleant. — *Travaux de dissection. Cours complémentaire d'anatomie :* M. Perrin de la Touche, chef des travaux anatomiques. — *Bactériologie, travaux pratiques d'histologie végétale :* M. Crié, professeur suppléant — *Travaux pratiques de chimie :* M. Bellamy, professeur, — *Clinique libre d'ophtalmologie :* M. Bruté, professeur.

Semestre d'Eté (Avril-Août).

Clinique interne : M. Delacour, professeur. — *Clinique externe :* M. Dayot, professeur. — *Clinique obstétricale et gynécologie :* M. Perret, professeur. — *Pathologie interne :* M. Bruté, professeur. — *Physiologie :* M. Lefeuvre, professeur. — *Chimie médicale et toxicologie :* M. Bellamy, professeur. — *Botanique médicale :* M. Louveau, professeur. — *Thérapeutique :* M. Regnault, professeur — *Pharmacie et matière médicale :* M. Macé, professeur. — *Zoologie médicale :* M. Faint, professeur suppléant. — *Conférences d'hygiène :* M. Bertheux, professeur suppléant. — *Bactériologie, travaux pratiques d'histologie végétale :* M. Crié, prof. suppléant. — *Histologie animale :* M. Perrin de la Touche, professeur suppléant. *Travaux pratiques de chimie :* M. Bellamy, professeur. — *Travaux pratiques de physique :* M. Lenormand, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de médecine opératoire :* M. Dayot fils, professeur suppléant. — *Clinique libre d'ophtalmologie :* M. Bruté, professeur.

Sont également nommés au concours parmi les élèves : 3 chefs de clinique, 6 préparateurs. L'hôpital contient 300 lits et une Maternité. L'Ecole possède des collections d'anatomie, d'histoire naturelle et de matière médicale. — Les cours de la Faculté des sciences servent aux élèves à compléter leur instruction. — Les élèves peuvent pendant trois ans, prendre des inscriptions équivalentes à celle des Facultés. Ils ont à leur disposition des laboratoires de chimie, anatomie, histologie, physique, physiologie, histoire naturelle. Secrétaire, M. Treich.

Cours et travaux pratiques obligatoires.

Étudiants en médecine. 1re année. — *Semestre d'hiver :* Cours d'anatomie, ostéologie, arthrologie (officiat), chimie, physique médicale, histoire naturelle médicale. Travaux pratiques de chimie. — *Semestre d'été :* Cours d'histoire naturelle médicale, chimie et toxicologie, physique médicale. Travaux pratiques de chimie, physique, — 2e année. — *Semestre d'hiver :* Cours de clinique externe et interne, pathologie externe (officiat), anatomie. Travaux pratiques de dissection. — *Semestre d'été :* Cours de clinique interne et externe, physiologie, histologie. Conférences d'hygiène. Travaux pratiques de physiologie, histologie. — 3e et 4e année. — *Semestre d'hiver :* Cours de clinique interne et externe, pathologie externe, anatomie, accouchements. Travaux pratiques de dissection. — *Semestre d'été :* Cours de clinique interne et externe, clinique d'accouchement et gynécologie, thérapeutique, physiologie, pathologie interne. Conférences d'hygiène. Travaux pratiques de médecine opératoire, physiologie.

Étudiants en pharmacie. 1re, 2e et 3e année. — *Semestre d'hiver :* Cours d'histoire naturelle médicale, pharmacie et matière médicale, chimie, physique. Travaux pratiques de chimie, histologie, histoire naturelle. — *Semestre d'été :* Cours d'histoire naturelle médicale, chimie et toxicologie, physique. Travaux pratiques de chimie, histologie, physique, histoire naturelle.

Aucun élève ne peut être admis à suivre les cours s'il n'est inscrit sur les registres de l'école. Chaque inscription doit être prise dans les quinze premiers jours de novembre et dans les huit premiers jours de janvier, avril et juillet. Pour ne pas mettre d'interruption entre les etudes, chaque élève doit prendre quatre inscriptions par an. Il ne sera délivré de certificat d'inscription que pour les trimestres où les élèves auront obtenu des attestations d'assiduité à tous les cours obligatoires.

Ecole de Rouen (*Réorganisée*).

ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

Circonscription de l'Ecole. — Départements : Seine-Inférieure, Eure, Seine-et-Oise.

Date de la rentrée solennelle : le 10 novembre, à 2 heures.

Semestre d'hiver (Du 3 novembre au 15 mars).

Clinique interne (Hôtel-Dieu) : M. OLIVIER. — *Clinique externe* (Hôtel-Dieu) : M. CERNÉ. — *Clinique obstétricale et gynécologique* (Hospice Gén.) : M. THIERRY. — *Travaux anatomiques* (Laboratoire) : M. BATAILLE. — *Pathologie interne* (Ecole de médecine) : M. BRUNON. — *Chirurgie d'armée* (Cours compl. Lab.) : M. François HUE. — *Médecine opératoire* (Laboratoire) : M. DELABOST. — *Anatomie* (Laboratoire) : MM. TINEL et BATAILLE. — *Chimie médicale* (Ecole de médecine) : M. RENARD. — *Physique médicale* (Ecole de médecine) : M. LACAPLAIN. — *Physique médicale* (Manipulations) : M. GASCARD. — *Histoire naturelle* (Ecole des sciences) : M. BLANCHE. — *Chimie et Toxicologie* (Ecole de médecine) : M. GASCARD. — *Histologie végétale* (Ecole de médecine) : M. DUMONT. — *Travaux chimiques* : MM DUPREY. — *Bactériologie* (Cours libre. — Laboratoire) : M. François HUE. — *Otologie, Rhinologie, Laryngologie* (Cours libre) : M. HÉLOT, ex-prof. suppl.

Semestre d'Eté (Du 16 mars au 31 juillet).

Chimie interne (Hôtel-Dieu) : M. OLIVIER. — *Clinique externe* (Hôtel-Dieu) : M. CERNÉ. — *Clinique obstétricale et gynécologique* (Hospice Gén.) : M. THIERRY. — *Anatomie pathologique* (Cours compl. Hôtel-Dieu) : M. LEUDET. — *Physiologie* (Ecole de médecine) : M. PENNETIER. — *Pathologie externe* (Ecole de médecine) : M. DELABOST. — *Anatomie générale et Embryogénie* (Cours compl. Hôtel-Dieu) : M. BATAILLE. — *Hygiène et Thérapeutique* (Ecole de médecine) : M. PÉTEL. — *Chimie médicale* (Ecole de médecine) : M. RENARD. — *Histoire naturelle* (Ecole de médecine) : M BLANCHE. *Travaux chimiques* (Ecole de médecine) : M DUPREY. — *Matière médicale* (Cours compl., Ecole de médecine) : M. POUCHIN. — *Histologie végétale* (Cours compl., Ecole de médecine) : M. DUMONT. — *Pharmacie* : M. DUPREY. — *Physique médicale* : M. GASCARD. — *Bactériologie* (Cours libre. — Laboratoire) : MM. LEUDET, François HUE. — Profes. suppléants : MM. François HUE, LEUDET, DUMONT, GASCARD, POUCHIN, BATAILLE. — Chef des travaux anatomiques : M. BATAILLE. — Chefs de clinique : MM. FORTIN, N...

Ecole de Tours.

Directeur : M. DANNER. — Secrétaire : M. MOREL.

La circonscription de l'école comprend les départements d'Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret et Cher.

Ouverture du registre des inscriptions, le jeudi 3 novembre 1892. Clôture le 15 novembre, et le 30 pour les étudiants qui ne seront reçus bacheliers qu'à la session de novembre.

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

Clinique interne; M. DUCLOS, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin. — *Clinique externe* : M. L. THOMAS, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin. — *Pathologie interne* : M. SAINTON, professeur. Mardi, mercredi, vendredi, à 11 heures et demie. — *Anatomie* : M. LEDOUBLE, professeur. Lundi, mercredi, jeudi, samedi, à midi et demi. — *Chimie et toxicologie* : M. GRANDIN, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. — *Pharmacie et matière médicale* : M. FLEURY, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Semestre d'été.

Clinique interne : M. DUCLOS, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin. — *Clinique externe.* : M. L. THOMAS, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin. — *Physiologie* : M. DANNER, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à midi. — *Accouchements* : M. O. HERPIN, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. Leçon pratique le jeudi. — *Thérapeutique* : M. BODIN, professeur. Lundi, jeudi, samedi, à 3 heures. — *Histoire naturelle médicale* (*botanique*) : M. BARNSBY, professeur Mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Conférence ou herborisation le jeudi. — *Pathologie externe* : M. COURBON, professeur. Mardi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Cours complémentaires. — Semestre d'hiver.

Anatomie : M. X... Mardi, vendredi, à midi et demi. Conférence, lundi et jeudi, à 3 heures et demie (Novembre et décembre). — *Zoologie* : M. AUGIS, professeur suppléant. Lundi, vendredi, à 3 h. — *Hygiène* : M. MEUNIER, professeur suppléant. Lundi, vendredi, à 11 h. 1/2.

Cours complémentaires. — Semestre d'été.

Histologie : M. GILLES. Jeudi, samedi, à midi. — *Médecine opératoire* : M. THIERRY, professeur suppléant. Lundi, jeudi, à 4 h. — *Physique* : M. BRISSONNET, professeur suppléant. Lundi, mercredi à 4 heures. — *Ophthalmologie* : M. L. THOMAS. Dimanche à 9 heures.

Travaux pratiques. — Semestre d'hiver.

Chimie : M. WOLFF, chef des travaux physiques et chimiques. Mardi, jeudi, samedi, de 1 h. à 4 heures. — *Botanique* : M. AUGIS. Lundi, vendredi de 1 heure à 4 heures. — *Anatomie* : M. GILLES. Tous les jours, de 2 à 5 heures. — *Histologie* : M. GILLES. Jeudi, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2.

Travaux pratiques. — Semestre d'été.

Chimie, M. WOLFF. Lundi, mercredi, vendredi, de 1 heure à 4 heures. — *Physique* : M. WOLFF. Mardi, samedi, de 1 heure à 4 heures. — *Histologie* : M. GILLES. Mardi, de 1 heure à 3 heures. — *Physiologie* : M. GILLES. Jeudi, de 1 h. à 3 h. — *Professeurs honoraires* : MM. CHARCELLAY et HERPIN.

ÉCOLES ANNEXES DE MÉDECINE NAVALE.

Ces Ecoles reçoivent pendant une année les étudiants qui se destinent à la marine et qui y sont admis par le Ministre en nombre proportionné aux besoins du recrutement. Les élèves du service de santé de la marine sont admis, après concours, à l'Ecole principale de Bordeaux; ils suivent alors les cours de la Faculté et sont répartis, une fois docteurs, dans les écoles de Rochefort, Brest et Toulon, pour y compléter leur instruction pratique au point de vue de la pathologie exotique, de l'hygiène navale et de la chirurgie militaire et navale.

I. — Ecole principale de médecine navale de Bordeaux.

Directeur : M. BRASSAC, médecin en chef; — *Sous-directeur* : M. COTTE, médecin principal; *Répétiteurs* : M. COQUIARD, médecin de 1re classe, M. VERGNIAUD, médecin de 1re classe, M. DUVAL, médecin de 1re classe, M. LE DANTEC, médecin de 1re classe, M. BOURDON, pharmacien de 1re classe.

II. — Ecoles d'application.

Ecole de Brest.

Directeur : M. LUCAS. — *Sous-Directeur* : M. AUFFRET.

Pathologie exotique et hygiène navale : M. DUCHATEAU, médecin principal. — *Chirurgie militaire et navale* : M. GUYOT, médecin principal. — *Petite chirurgie* : M. LE DANTEC, médecin de Ire classe. — *Anatomie* : M. BREDIAM, médecin de 1re classe. — *Chimie médicale* : M. CHALME, pharmacien principal. — *Histoire naturelle médicale* : M. BAVAY, pharmacien en chef. — *Physique médicale* : M. ROUAULT, pharmacien principal. — *Secrétaire* : M. CANOVILLE, médecin de 1re classe. — *Bibliothécaire* : M. CLAVIER, médecin principal en retraite. — *Conservateur des Musées* : M. BROUSMICHE, médecin principal en retraite.

Ecole de Rochefort.

Directeur : M. DUPLOUY. — *Sous-Directeur* : M. BOURRU.

Cours professés aux étudiants du 1re année.

Chimie médicale : M. LAPEYRÈRE, pharmacien principal. — *Histoire naturelle médicale* : M. BILLAUDEAU, pharmacien en chef. — *Physique médicale* : M. LE RAY, pharmacien de 1re classe. — *Anatomie* (ostéologie et arthrologie) : M. GEAY DE COUVALETTE, médecin de 1re classe. — *Petite chirurgie* (bandages et appareils) : M. LIBOUROUX, médecin de 1re classe.

Cours professés aux médecins de 2e classe (stagiaires).

Médecine administrative. Comptabilité : M. BOURRU, médecin en chef, sous-directeur. — *Chirurgie militaire et navale* : M. FONTORBE, médecin principal. — *Hygiène navale. Pathologie exotique* : M. BUROT, médecin principal.

Ecole de Toulon.

Directeur : M. BARTHÉLEMY. — *Sous-Directeur* : M. CUNÉO.

Chimie médicale : M. N..., pharmacien en chef. — *Physique médicale* : M. SAUVAIRE, pharmacien principal. — *Histoire naturelle médicale* : M. TAILLOTTE, pharmacien principal. — *Anatomie* : M. FONTAN, médecin principal. — *Petite chirurgie* : M. BERTRAND, médecin de 1re classe. — *Chirurgie militaire et navale* : M. ROUVIER, médecin en chef; — *Pathologie exotique et hygiène navale* : M. GALLIOT, médecin principal.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES DE LANGUE FRANÇAISE.

A. Belgique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BRUXELLES (1).

Président : M. E. DE SMET. — Secrétaire : M. V. JACQUES.

Examen de candidat en médecine. (Art. 22 de la loi).

Premier semestre.

Histologie générale et spéciale: MM. G.-A.-V. ROMMELAERE, prof. ord , et E GALLEMAERTS, agr. sup. prép. Mardi, jeudi et vendredi à midi.—*Exercices micrographiques*: MM. G.-A.-V. ROMMELAERE, prof. ord., et E. GALLEMAERTS, agr. sup. prép. Mardi, jeudi et vendredi, à midi. — *Anatomie humaine systématique : (Myologie, angéiologie, névrologie)* : M. L. DEROUBAIX, prof. ord. Lundi, mardi et mercredi, à 1 heure. — *Anatomie humaine systématique (ostéologie, syndesmologie et splanchnologie)* : MM. J.-G. SACRÉ, prof. ord., et Lucien WILMART, prof. agr. sup. Jeudi, vendredi et samedi, à 1 heure. — *Anatomie humaine topographique* : MM TH. HAUBEN, prof. ord., et N... Samedi à onze heures et vendredi à deux heures. — *Démonstrations anatomiques*: M. N... Tous les jours de 9 heures à midi. — *Physiologie spéciale et physiologie générale et embryologie :* MM. T. GLUGE, prof. émérite. P. HEGER, prof. ord., et SPEHL, prof. extraord. Mardi, jeudi et samedi, à 2 heures et Lundi, mercredi et samedi à midi. — *Eléments d'anatomie comparée :* M. E. YSEUX, prof. ordin. Lundi à deux heures.

Premier examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi).

Thérapeutique générale et pharmaco-dynamique : M. E. DESTRÉE, professeur extraordin. Mercredi et vendredi à 1 heure. *Pathologie et Thérapeutique spéciales des maladies internes:* MM. J. CROCQ profes. ordin., lundi, mercredi, jeudi et vendredi, à midi, et E. CARPENTIER, prof. extr., mardi et samedi, 1 heure. — *Psychiatrie :* M. Jos. DESMETH, prof. ordin. Mardi et samedi, à 1 heure. — *Pathologie générale* : M. Jos. DESMETH, prof. ordin. Lundi à une heure, mardi et samedi à midi.— *Anatomie pathologique et exercices pratiques d'anatomie pathologique :* MM. T. GLUGE, professeur émérite ; L. STIÉNON, prof. ord.; A. DEPAGE, agr. sup. prépar. Mercredi et vendredi à deux heures. — *Eléments de pharmacologie :* M. V. JACQUES, prof. extr. Lundi à deux heures.

Deuxième examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi).

Pathologie chirurgicale générale et spéciale : MM. J. THIRY, professeur ordinaire, lundi, mercredi et vendredi, à onze heures ; J. THIRIAR, prof. extraord. Mardi et samedi, à onze heures ; et ROUFFART, agr. supp. — *Théorie des accouchements*: MM. A.-V. PIGEOLET, prof. émérite, E. KUFFERATH, prof. ordin., et G. TOURNAY, agrégé suppléant. Lundi, mercredi et vendredi, à midi. — *Hygiène publique et privée* : MM. Edouard DE SMET, professeur ordinaire Lundi, mercredi et vendredi à une heure. — *Médecine légale* : MM. H. GUILLERY, professeur ordin. et DALLEMAGNE, agrégé suppléant, Lundi et mercredi à trois heures.

Troisième examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi).

Clinique médicale (à Saint-Jean) : M. L. STIÉNON, prof. ord. Lundi, mercredi et vendredi, à huit heures. — *Clinique chirurgicale* (à Saint-Jean) : M. J.-G. SACRE, prof. ord. Lundi et mercredi de neuf heures et demie à onze heures. — *Clinique médicale* (à Saint-Pierre) : M. G.-A.-V. ROMMELAERE, profes. ord. Mardi, jeudi et samedi de 8 heures à 9 heures. — *Clinique chirurgicale* (à Saint-Pierre) : M. THIRIAR, profes. extraordin. Mardi, jeudi et samedi de 9 heures à 10 heures. — *Théorie des accouchements, pratique* (à la Maternité), MM. E. KUFFERATH, prof. ord., et G. TOURNAY, agrégé suppleant. Mardi, jeudi et samedi à une heure et demie. — *Clinique obstétricale* (à la Maternite) : M. KUFFERATH, prof. ord. Mardi, jeudi et samedi, à une heure et demie. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales*: MM. THIRIAR, profess. ordin., et N... Mardi, jeudi et samedi à midi. — *Anatomie des régions et démonstrations :* MM. Th. HAUBEN, prof. ord. et N... Lundi et mercredi a deux heures. — *Ophtalmologie et clinique ophtalmologique* : M. J.-B. COPPEZ, profes. extr. Vendredi, à neuf heures et demie.

Cliniques spéciales.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées (à Saint-Pierre) : M. Edouard DE SMET, prof. extraord. Mardi, jeudi et samedi de dix heures a onze heures et demie. — *Clinique externe des maladies des enfants* (a Saint Pierre) : M. le Dr CHARON. Jeudi de neuf heures à dix heures. — *Clinique interne des maladies des enfants* (à Saint-Pierre) : M. E. TORDEUS, doct. agrégé. — *Clinique psychiatrique* (à Saint-Jean) : M. Jos. DESMETH, prof. ordin. Lundi de huit heures à neuf heures et demie. — *Clinique otologique* (à Saint-Jean) : M. Ch. DELSTANCHE, doct. agrégé. Dimanche de dix heures à onze heures.— *Clinique laryngologique et rhinologique* (à Saint-Pierre) : M. A. CAPART, docteur agrégé. Jeudi de dix heures à midi.

Cliniques facultatives.

Clinique interne (à l'hôpital de Molenbeek-Saint-Jean) : M. J. CROCQ, prof. ordin. Lundi, mercredi et vendredi à sept heures et demie. — *Pratique des accouchements* (à la Maternité) : M. TOURNAY, agrégé suppléant. Lundi, mercredi et vendredi, à sept heures et demie. — *Clinique médicale* (à Saint-Pierre) : M. E. SPEHL, prof. extr. Dimanche à huit heures et demie.

Cours libres.

Bandages et appareils (à Saint-Pierre) : M. J. THIRIAR, prof. extraord. Dimanche à neuf heures. — *Exploration clinique et diagnostic médical* : M. E. SPEHL, prof. extraord. — *Anthropologie*: M. le Dr HOUZÉ. Vendredi à 8 heures du soir.— MM. L., HYERNAUX et HENRIETTE, professeurs honoraires. C. GALLET, G. GEVAERT, C. JACQUES DUBOIS-HAVENITH et MARIQUE docteurs agrégés.

ÉCOLE SPÉCIALE DE PHARMACIE DE BRUXELLES.

Examen de pharmacien. (Art. 25 de la loi).

Eléments de chimie toxicologique. Chimie pharmaceutique. Pharmacie pratique : M. J. B. DEPAIRE, prof. ord. Lundi, mardi et mercredi de huit heures et demie à neuf heures et demie. Lundi et mardi, de 10 h. et demie à midi. — *Pharmacagnosie, altérations et falsifications des drogues simples et des substances alimentaires. Recherches microscopiques. Recherches des faslifications et des altérations des substances alimentaires.* M. A. HERLANT, prof. ord. Lundi et mardi, de 9 heures et demie à 10 heures et demie, Mardi à 10 heures et demie, et mercredi à 9 heures et demie. — *Eléments de chimie analytique, qualitative et quantitative. Opérations chimiques. Opérations analytiques* : M. E. VAN ENGELEN, prof. extr. Jeudi et vendredi, de 8 à 9 heures. Jeudi et vendredi, de 9 heures à midi, et samedi, de 8 heures à midi.

POLICLINIQUE LIBRE DE BRUXELLES.

40, rue de Ruysbroeck.

Les cliniques spéciales inaugurées dans le courant de l'été 1891 seront reprises le mercredi 4 novembre 1891 et continuées les mercredi et samedi de chaque semaine. Ces cours, essentiellement pratiques, permettent aux praticiens l'étude ou la revision rapide de différentes branches de la médecine. Ils auront une durée de deux mois et demi, et seront repris trois fois par an : en novembre, en janvier et en avril. On est prié de se faire inscrire à la Policlinique tous les jours, de 9 à 10 h., ou par correspondance.

Programme des cours du trimestre d'Hiver (1891).

Mercredi, de 9 h. à 10 h. *Chirurgie infantile. Orthopédie*, M. le Dr HENDRIX.— De 10 h. à 11 h. *Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge*, M. le Dr HICGUET. — De 11 h. à 12 h. *Démonstrations microscopiques et diagnostic d'analomie pathologique spéciale* (maladies des femmes, MM. les Drs POPELIN et CITTADINI (assistants). — De 2 h. à 4 h. *Maladies des femmes*, M. le Dr C. JACOBS, agrégé à la Faculté.

Samedi, de 9 h. à 10 h. *Opérations gynécologiques* (à l'Institut gynécologique, 12, rue Puits-St-Guidon, à Anderlecht), M. le Dr JACOBS. — De 11 h. à 12 h. *Maladies nerveuses. Electrothérapie*, M. le Dr GLORIEUX. — De 2 h. à 4 h. *Maladies de la peau*, M. le Dr DUBOIS-HAVENITH, agrégé à la Faculté. — De 4 h. à 5 h. *Maladies des voies urinaires. Endoscopie. Cystoscopie*, M. le Dr J. VERHOOGEN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Doyen : M. C. DE VISSCHER. — Secretaire : M. E. EEMAN.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements.

PREMIÈRE ÉPREUVE — *Eléments d'anatomie comparée*, M. F. PLATEAU, professeur. — *Exercices pratiques d'anatomie comparée*, M. F. PLATEAU, professeur. — *Anatomie humaine systématique*, M. H. LEBOUCQ, professeur. — *Démonstrations anatomiques macroscopiques*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. C. VAN BAMBEKE, prof. — *Physiologie générale*, M. E. LAHOUSSE, prof. — *Histologie générale*, M. C. VAN BAMBEKE, prof.

SECONDE ÉPREUVE. — *Physiologie spéciale*. M. E. LAHOUSSE, prof. — *Embryologie*. M. C. VAN BAMBEKE, prof. — *Anatomie*

(1) Pour plus de détails sur les Universités de Belgique, voir le *Numéro des Etudiants* des années précédentes, en particulier celui de 1886.

humaine systématique, M. H. Leboucq, prof. — *Démonstrations anatomiques macroscopiques*, M. H. Leboucq, prof. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. C. van Bambeke, prof. — *Psychologie*, M. J. van Biervliet, prof. extraord. — *Histologie spéciale*, M. C. van Bambeke, prof. — *Anatomie topographique*, M. H. Leboucq, prof.

Doctorat en médecine, en chirurgie et en accouchements.

Première épreuve. — *Pathologie générale*, M. C. Verstraeten, prof. — *Thérapeutique générale*, M. J. Heymans, chargé de cours. — *Pathologie chirurgicale générale*, M. E. Bouqué, prof.—*Anatomie pathologique*, M. R. Boddaert, prof., suppléé par le Dr van Duyse, agrégé spécial. — *Démonstrations microscopiques d'anatomie pathologique*, M. R. Boddaert, prof., suppléé par le Dr van Duyse, agrégé spécial.

Deuxième épreuve. — *Pathologie chirurgicale spéciale*, M. E. Bouqué, prof. — *Pathologie médicale et thérapeutique spéciale des maladies internes, y compris les maladies mentales*, M. E. Eeman, prof. extraord. — *Pharmacodynamique*, M. J. Heymans, chargé de cours. — *Eléments de pharmacologie*, M. E. Dubois, prof.

Troisième épreuve. — *Théorie des accouchements*, M. C. van Cauwenberghe, prof. — *Médecine légale*, M. C. de Visscher, prof. — *Clinique médicale*, M. R. Boddaert, prof. — *Clinique chirurgicale*, MM. F.-J.-D. Soupart, prof. émér., suppléé par C. de Visscher, prof. — *Clinique chirurgicale*, M. Ad. de Cock, prof. — *Clinique gynécologique*, M. C. van Cauwenberghe, prof. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales*, M. V. Deneffe, prof. — *Démonstrations d'anatomie des régions*, M. H. Leboucq, prof. — *Ophtalmologie et clinique ophtalmologique*, M. V. Deneffe, prof. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées*, M. C. Verstraeten, prof. — *Policlinique chirurgicale, bandages, etc.*, M. de Visscher, prof. — *Policlinique médicale*, M. C. Verstraeten, prof. — *Hygiène publique et privée*, M. E. van Ermengem, prof. — *Démonstrations macroscopiques d'anatomie pathologique*, M. van Duyse, agrégé spécial. — *Clinique obstétricale*, M. C. van Cauwenberghe, professeur.

Cours facultatifs. — *Bactériologie*, M. E. van Ermengem, prof. — *Otologie, laryngologie et rhinologie*, M. E. Eeman, prof. extraordinaire.

Les élèves des trois doctorats en médecine pourront de plus s'exercer tous les jours, de 8 à 10 heures, au maniement du laryngoscope, etc.

ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACIE A GAND.

Examen de pharmacien (1).

Première épreuve. — *Eléments de chimie analytique qualitative et quantitative. Eléments de chimie, toxicologie*, M. E. Dubois, prof. — *Chimie pharmaceutique*, M. E. Dubois, prof. — *Pharmacognosie, altérations et falsifications des substances médicamenteuses*, M. L. Gilson, chargé de cours. — *Falsifications des denrées alimentaires*, M. E. Dubois, prof.

Seconde épreuve. — *Opérations chimiques. Recherches microscopiques. Falsifications des médicaments*, M. E. Dubois, prof. — *Analyses, opérations toxicologiques, falsifications des denrées alimentaires*, M. E. Dubois, prof.

Le laboratoire d'analyses chimiques est ouvert aux élèves tous les jours de l'année, depuis 8 h. du matin.

Troisième épreuve. — *Pharmacie pratique*, M. E. Dubois, prof. — *Préparations pharmaceutiques*, M. E. Dubois, prof.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LIÈGE.

Doyen : M. A. von Winiwarter, professeur ordin. — Secrétaire : M. X. Francotte, prof. extraordinaire.

Candidature en médecine. chirurgie et accouchements.

Histologie générale : M. A. Swaen, prof. ordin — *Embryologie* : M. Ed. Van Beneden, prof. ordin. — *Anatomie comparée* : M. Ch. Julin, chargé de cours. — *Psychologie* : M. A. Grafé, chargé de cours. — *Anatomie humaine systématique* (ostéologie, myologie, syndesmologie, angéiologie et névrologie : M. F. Putzeys, prof. ordin. — *Anatomie humaine systématique* (splanchnologie, organes des sens). *Histologie spéciale* : M. A. Swaen, prof. ordin. — *Physiologie* : M. L. Fredericq, prof. ordin. — *Physiologie des organes des sens* : M. P. Nuel, prof. ordin. — *Anatomie topographique* : M. Ch. Julin, chargé de cours. — *Démonstrations anatomiques* : MM. Swaen et Putzeys, prof. ordin — *Exercices microscopiques d'histologie* : M. A. Swaen, prof. ord. — *Exercices pratiques de physiologie* : M. L. Fredericq, prof. ordin. — *Exercices d'anatomie comparée* : M. Ed. Van Beneden, prof. ordin.

Doctorat en médecine, chirurgie et accouchements.

Pathologie et thérapeutique générales : M. X. Francotte, prof. extraordin. — *Pathologie et thérapeutique générales des maladies infectieuses* : M. F. Henrijean, agrégé spécial. — *Pharmacodynamique, pharmacologie et éléments de pharmacie* : M. J. Van Aubel, professeur ordinaire. — *Anatomie pathologique, y compris les éléments de parasitologie. Parasitologie* (notions complémentaires). *Démonstrations d'anatomie pathologique. Exercices pratiques d'autopsie. Exercices pratiques microscopiques d'anatomie pathologique. Travaux d'anatomie pathologique et de microbiologie* : M. Ch. Firket, prof. ord. — *Pathologie médicale et thérapeutique spéciale des maladies internes, y compris les maladies mentales* : M. C. Vanlair, prof. ordin. — *Pathologie chirurgicale générale* : M. A. Von Winiwarter, professeur ordin. — *Hygiène publique et privée* : M. F. Putzeys, prof. ord. — *Pathologie chirurgicale spéciale* : M. Th. Plucker, professeur ordin. — *Ophtalmologie* : M. P. Nuel, professeur ordin. — *Obstétrique* : M. F. Fraipont, chargé de cours. — *Médecine légale* : M. J. Van Aubel, professeur ordin. — *Psychiatrie envisagée au point de vue médico-légal* : M. X. Francotte, prof. extraordinaire. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales* : M. A. Von Winiwarter professeur ordin.

Exercices pratiques de médecine opératoire.

Clinique médicale. Policlinique médicale. Exercices de clinique propédeutique : M. V. Masius, prof. ord. — *Démonstrations d'anatomie des régions* : M. Ch. Julin, chargé de cours. — *Clinique chirurgicale. Policlinique chirurgicale* : M. A. Von Winiwarter, prof. ord. — *Clinique ophtalmologique* : M. P. Nuel, prof. ord. — *Clinique obstétricale. Polyclinique obstétricale. Opérations obstétricales. Clinique gynécologique* : M. F. Fraipont, chargé de cours. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. Th. Plucker, prof. ordin. — *Clinique des maladies des vieillards* : M. C. Vanlair, prof. ordin. — *Clinique des maladies des enfants* : M. V. Masius, prof. ordin. — *Clinique des maladies mentales* : M. X. Francotte, prof. extraord. — *Clinique des maladies du larynx, du nez et des oreilles* : M. Schiffers, chargé de cours.

Pharmacie.

Pharmacognosie, chimie pharmaceutique, altérations et falsifications des médicaments. Exercices pratiques de pharmacie : M. A. Gilkinet, professeur ord. — *Chimie analytique qualitative et quantitative. Exercices pratiques de chimie analytique* : M. L. De Koninck, prof. ordin. — *Altérations et falsifications des substances alimentaires. Exercices pratiques d'analyse des substances alimentaires. Pharmacie pratique, y compris la préparation des médicaments inscrits dans la pharmacopée* : M. Arm. Jorissen, chargé de cours. — *Eléments de chimie toxicologique. Exercices pratiques de chimie toxicologique* : M. Th. Chandelon, chargé de cours.

B. Suisse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE.

M. le Professeur Prévost, doyen.

Année 1892-93.

Semestre d'hiver (du 15 octobre 1892 au 22 mars 1893).

Cours.

Anatomie normale : M. le prof. Laskowski. Six heures par semaine. — *Conférences pratiques d'anatomie normale* : Le même professeur. Tous les jours, de 10 à 11 heures. — *Exercices pratiques de dissection* : Le même professeur. Tous les jours, de 8 h. du matin à 6. h. du soir. — *Anatomie et physiologie pathologiques générales* : M. le prof. Zahn. Six heures par semaine. — *Cours d'autopsies et démonstrations pathologiques* : Le même professeur. Quatre heures par semaine. — *Travaux pratiques dans le laboratoire d'anatomie pathologique* : Le même professeur. Tous les jours. — *Histologie normale* : M. le Professeur Eternod. Deux heures par semaine. — *Embryologie* : Le même professeur. Trois heures par semaine. — *Cavité buccale* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale* : Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours. — *Physiologie* : M. le professeur Schiff. Six heures par semaine. — *Démonstrations et exercices pratiques* dans le laboratoire, avec conférences pratiques, tous les jours. — *Pathologie interne* : M. le prof. d'Espine. Trois heures par semaine. — *Cours pratique d'auscultation et de percussion* (cours libre) : Le même professeur. Une heure par semaine. — *Pathologie externe* : M. le prof. J. L. Reverdin. Trois heures par semaine. — *Médecine opératoire* : Le même prof. Deux heures par semaine.. — *Cli-*

(1) Ces matières font l'objet d'une épreuve unique ou de deux épreuves successives.

nique et policlinique médicales : M. le prof. REVILLIOD. Sept heures et demie par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales* : M. le prof. JULLIARD. Sept heures et demie par semaine. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. le prof. Alfred VAUCHER. Cinq heures par semaine. — *Cours théorique d'Accouchement* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Cours théorique de gynécologie* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Thérapeutique* : M. le prof. PRÉVOST. Trois heures par semaine. — *Hygiène* : M. le prof. VINCENT. Deux heures par semaine. — *Médecine légale avec exercices pratiques* : M. le prof. GOSSE. Quatre heures par semaine. — *Matière médicale et pharmacologie* : M. le prof. BRUN. Deux heures par semaine — *Cours et exercices pratiques dans le laboratoire de pharmacie et microscopie pharmaceutique* : Le même professeur. Quatre heures par semaine. — *Microscopie pharmaceutique* : Quatre heures par semaine. — *Pharmacognosie et pharmacie* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Psychiatrie* : M. le prof. OLIVET. Deux heures par semaine. — *Policlinique gynécologique et obstétricale* : M. le prof. VULLIET. — *Clinique ophtalmologique* : M. G. HALTENHOFF, prof. extraord. Deux heures par semaine. — *Ophtalmologie* : Le même professeur. Une heure par semaine. — *Démonstration et connaissance pratique des instruments de chirurgie. Bandages et appareils* : M. le Dr Aug. REVERDIN, prof extraord. Deux heures par semaine. — *Maladies vénériennes et cutanées* : M. le Dr H. OLTRAMARE, prof. extraord. Une heure par semaine.

Cours de privat-docents.

Clinique ophthalmologique : M. le Dr BARDE. Deux heures par semaine. — *Ophthalmoscopie théorique et pratique* : Le même. Une heure par semaine. — *Obstétrique* : M. le Dr CORDÈS. Deux heures par semaine. — *Pathologie cérébrale* : M. le Dr LADAME. Deux heures par semaine. — *Maladies des enfants* (Hospice du chemin Gourgas) : M. Ed. MARTIN. Une heure par semaine. — *Des empoisonnements au point de vue médico-légal* : M. le Dr L. MÉGEVAND. Deux heures par semaine. — *La chimie appliquée au diagnostic médical* : M. le Dr P. BINET. Une heure par semaine. — *Cours théorique et pratique de chirurgie générale* : M. le Dr KUMMER. Une heure par semaine. — *Méthodes d'examen de l'œil avec exercices pratiques* : M. le Dr FRŒLICH. Deux heures par semaine. — *Symptomes oculaires dans les maladies générales* : Le même professeur. Une heure par semaine. — *Les troubles oculaires dans les maladies du système nerveux* : M. le Dr SULZER. Deux heures par semaine. — *Cours pratique de diagnostic médical* : M. le Dr RUEL. Trois heures par semaine. — *Cours théorique et pratique de bactériologie* : M. le Dr H. CRISTIANI. Deux heures par semaine. — *Conférences pratiques de pathologie interne* . M. le Dr THOMAS. Cinq heurespar semaine. — *Gynécologie* : M. le Dr WISARD. Deux heures par semaine.

Semestre d'été (du 8 avril 1893 au 15 juillet).

Anatomie normale : M. le prof. LASKOWSKI. Six heures par semaine. — *Anatomie pathologique spéciale des organes* : M. le prof ZAHN. Six heures par semaine. — *Cours pratique d'histologie pathologique* : Le même professeur. Six heures par semaine. — *Travaux pratiques dans le laboratoire d'anatomie pathologique* : Le meme professeur. Tous les jours. — *Histologie normale* : M. le prof. ETERNOD. Quatre heures par semaine. — *Travaux pratiques d'histologie normale*. Le même professeur. Tous les jours sauf le jeudi. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale* : Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur Tous les jours. — *Cavité buccale* ; Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Physiologie* : M. le professeur SCHIFF. Six heures par semaine. — *Exercices pratiques dans le laboratoire*, tous les jours. — *Pathologie interne* : M. le professeur D'ESPINE. Deux heures par semaine. — *Pathologie externe* : M. le professeur J.-L. REVERDIN. Deux heures par semaine. — *Médecine opératoire* : Le même professeur. Six heures par semaine. — *Clinique et policlinique médicales* : M. le professeur REVILLIOD. Sept heures et demie par semaine. — *Clinique et policliniques chirurgicales* : M. le professeur JULLIARD. Sept heures et demie par semaine. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. le prof. Alf. VAUCHER. Cinq heures par semaine. — *Cours d'opérations obstétricales* : Le meme professeur. Quatre heures par semaine. — *Cours d'opérations gynécologiques* : Le meme professeur. 4 heures par semaine. — *Thérapeutique* : M. le professeur PRÉVOST. Trois heures par semaine. — *Cours et travaux pratiques au laboratoire de pharmacie* ; M. le professeur J. BRUN (Suite des cours d'hiver). — *Microscopie, pharmacognosie et pharmacie*. Le meme professeur. Six heures par semaine. — *Psychiatrie* : M. le professeur OLIVET. Deux heures par semaine. — *Policlinique gynécologique et obstétricale* : M. le professeur VULLIET. — *Clinique ophtalmologique* : M. G. HALTENHOFF, professeur extraordinaire. Deux heures par semaine. — *Ophtalmologie* : Le même professeur. Une heure par semaine. — *Démonstration et connaissance pratique des instruments de chirurgie. Bandages et appareils* : M. le Dr Aug. REVERDIN, prof. extraord. Deux heures par semaine. — *Maladies vénériennes et cutanées* : M. le Dr H. OLTRAMARE, prof. extraord. Une heure par semaine.

Cours de privat-docents.

Ophtalmoscopie théorique et pratique : M. le Dr BARDE. Une heure par semaine. — *Clinique ophtalmologique* : Le même. Deux heures par semaine. — *Médecine opératoire oculaire avec exercices pratiques* : M. le Dr FROELICH. Une heure par semaine. — *Des taches au point de vue médico-légal* : M. le Dr L. MÉGEVAND. Deux heures par semaine. — *Les anomalies de la vision* (réfraction et accommodation) ; M. le Dr SULZER. Une heure par semaine. — *Obstétrique* ; M. le Dr CORDÈS. Une heure par semaine. — *Pathologie mentale* ; M. le Dr LADAME. Deux heures par semaine. — *Maladies des enfants* : M. le Dr Ed. MARTIN. Une heure par semaine. — *Cours théorique et pratique de chirurgie* M le Dr KUMMER. Une heure par semaine. — *Chimie appliquée au diagnostic médical* : M. le Dr Paul BINET. Une heure par semaine. — *Microscopie clinique et bactériologie* : M. le Dr CHRISTIANI. 2 heures par semaine. — *Conférences pratiques de pathologie interne* : M. le Dr THOMAS. Cinq heures par semaine. — *Cours pratique de diagnostic médical* : M le Dr RUEL. Trois heures par semaine.

Sont accessibles à MM. les étudiants et assistants de l'Université : le cabinet de physique et de mécanique, moyennant l'autorisation du professeur de physique expérimentale ; le musée d'histoire naturelle (galeries de zoologie, d'anatomie comparée, d'ostéologie, de paléontologie et de géologie), moyennant l'autorisation du professeur de zoologie ; les serres du jardin botanique et le conservatoire botanique, moyennant l'autorisation du directeur du jardin. Les élèves travaillant dans les laboratoires de la Faculté des sciences peuvent faire usage des bibliothèques attachées a ces laboratoires. La bibliotheque publique (salle de lecture) est ouverte tous les jours. Sont accessibles, en outre, aux élèves de l'Université : l'école de gymnastique, le manège, le conservatoire de musique (ces trois etablissements moyennant une rétribution spéciale), le musée Rath, le musée archéologique, le musée épigraphique, le musée historique genevois, le musée Fol, et, à l'Athénée, le conservatoire industriel, la bibliothèque technologique et la bibliothèque de la Société genevoise d'utilité publique. Les cours du semestre d'hiver finiront le 22 mars 1892. L'immatriculation est obligatoire pour MM. les étudiants. Les étudiants et les assistants doivent prendre, dans les quinze premiers jours du semestre, une inscription pour chacun des cours qu'ils se proposent de suivre (y compris les exercices dans les laboratoires et les cours libres, même gratuits). Les programmes détaillés des épreuves exigées pour les différents grades, ainsi que les horaires et le reglement se trouvent chez le secrétaire-caissier de l'Université. Son bureau est ouvert de 8 h. à midi et de 2 h. à 5 h., pendant les quinze premiers jours de chaque semestre ; de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 et de 2 à 4 h. pendant le reste du semestre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAUSANNE.

Semestre d'hiver du 15 octobre 1892 au 25 mars 1893.

M. BRUNNER, professeur ordinaire. *Chimie inorganique*, 5 heures ; *Chimie analytique* (volumétrie), 1 heure ; *Toxicologie*, 1 heure ; *Travaux au laboratoire de chimie*, 3 heures après-midi. — M. Henri DUFOUR, professeur ordinaire. *Physique expérimentale* (1re partie) : Propriétés générales des corps, acoustique, chaleur, optique, géometrique, 5 heures ; *Conférences et répétitions* (priv. et gr.), 1 heure ; *Travaux pratiques au laboratoire* (travaux speciaux), 2 heures. — M. J. DUFOUR, professeur extraordinaire. *Botanique générale*, 3 heures ; *Laboratoire de botanique*, 2 heures. — M. WILCZER, lecteur. *Botanique pharmaceutique*, 3 h. ; *La végétation de la Suisse* (publ.), 2 h. — M BLANC, prof. ord. *Zoologie*. 5 heures ; *Laboratoire de zoologie et d'anatomie comparée*, 4 heures ; *Travaux de laboratoire pour les élèves avancés*, tous les jours, sauf le samedi. — M. FOREL, prof. extr. *Anatomie et physiologie générales* : Les fonctions de relation, 3 heures. — M. BUGNION, prof. ext. *Anatomie humaine* : Angéiologie, splanchnologie, névrologie, 6 heures ; *Dissection*, tous les jours, de 8 à 12 h. et de 2 a 6 h. ; *Conférences anatomiques et répétitions* (priv. et gr.), 1 h. — M. HERZEN, prof. extr *Physiologie* : Fonctions de nutrition, 6 heures. — M. LŒWENTHAL, prof. extr. *Histologie*, partie générale, 3 heures ; *Cours technique*, 1 h. 1/2. — M. STILLING, prof. ord. *Anatomie et physiologie pathologiques générales*, 1 h. ; *Cours pratique*

d'anatomie pathologie (démonstrations et autopsies), 4 heures ; *Travaux de laboratoire*, tous les jours, sauf le samedi. — M. DE CÉRENVILLE, prof. ord. *Clinique médicale*. 7 heures 1/2 ; *Pathologie interne*, 4 heures ; *Auscultation et percussion* (avec le concours de M. le Dr Rossier, chef de clinique), 2 heures. — M. ROUX, prof. ord. *Clinique et policlinique chirurgicales*, 9 heures ; *Chirurgie générale* : Tumeurs, 2 heures ; *Massage, reboutage* (publ.), 1 heure. — M. RAPIN, prof. extr. *Clinique obstétricale*, 4 h. 1/2 ; *Cours d'obstétrique*, 2 h. — M. M. DUFOUR, prof. ord. *Clinique ophtalmologique et examen des fonctions de l'œil*, 3 heures ; *Ophtalmologie* : Muscles, paupières, orbite, 2 heures. — M. BOURGET, prof. extr. *Thérapeutique et matière médicale*, 3 heures ; *Chimie physiologique et pathologique*, 2 heures. — M. RABOW, prof. extr. *Psychiatrie*, 1 heure ; *Clinique psychiatrique*, 1 h. 1/2. — M. NICOLAS, prof. extr. *Hygiène privée et publique* : Police sanitaire (ce cours n'a lieu que dans le semestre d'hiver), 1 h. 1/2. — M. DIND, prof. extr. *Affections vénériennes et urinaires chez l'homme et la femme* : Cours théorique et pratique avec policlinique), 2 heures. — M. L. SECRETAN, privat-docent. *Laryngologie* : Cours pratique, 2 heures. — M. VERREY, privat docent. *Œil et cerveau*, 1 heure. — M. EPERON, privat docent. *Symptômes oculaires dans les maladies générales* (th.), 1 heure ; *Anomalies de réfraction et examen de l'œil* (théor. et prat.), 1 h. — M. BERDEZ. *Electrothérapie* (priv. et gr.), 1 heure.

Lausanne, 24 octobre 1892.

M. le Dr Bourneville, directeur du *Progrès médical*.

Cher et très honoré confrère,

Je vous envoie aujourd'hui le programme des cours de l'Université de Lausanne. Vous y verrez que l'enseignement de la Faculté de médecine s'est complété par l'organisation d'une policlinique. Le *Progrès médical*, dans des articles nombreux et intéressants, a maintes fois entretenu ses lecteurs des institutions universitaires qui, dans les diverses villes des différents pays, cherchent à faire profiter les étudiants des ressources dont ces villes disposent pour l'enseignement.

Ils savent donc ce que c'est qu'une policlinique, et en ont, du reste, un bel exemple, en France, dans la policlinique de Paris, de création relativement récente.

Chez nous, comme en Allemagne, pays décentralisé, les villes universitaires ne souffrent point, en fait de matériel hospitalier, d'un embarras de richesses, à l'exemple de la capitale ou même des grandes villes de la France. Aussi cherchent-elles à utiliser, pour le profit des étudiants, tous les malades qui, en dehors des hôpitaux, réclament des soins gratuits.

De là le rouage de la policlinique, qui fonctionne depuis fort longtemps déjà dans les Universités allemandes et suisses, et cela pour le plus grand bien de l'enseignement médical.

La création d'une policlinique à Lausanne n'a offert aucune difficulté. Il existait, en effet, chez nous, depuis quelques années déjà, un dispensaire fondé par les médecins de la ville, qui s'en partageaient le service à tour de rôle. Cet utile établissement était fréquenté par de nombreux malades indigents, qui y recevaient gratuitement les soins et même les médicaments nécessaires, à moins qu'ils ne fussent dirigés sur l'hôpital cantonal, quand leur état l'exigeait. Pour vous donner une idée de la « prospérité » à laquelle était arrivé notre dispensaire, je vous dirai qu'on y a donné l'an passé 7,653 consultations générales, et 1,626 consultations spéciales (ophtalmologie, gynécologie, laryngologie, etc.)

L'Etat de Vaud a donc été bien inspiré en demandant l'utilisation du dispensaire comme policlinique, et les médecins fondateurs ont fait preuve d'une générosité éclairée en n'hésitant pas à l'accorder. L'Etat a nommé, comme directeur de la policlinique et professeur extraordinaire, un de nos confrères les plus sympathiques et les plus capables, M. le Dr Demiéville. Sa tâche, qu'il remplira certainement avec distinction, sera de concentrer entre ses mains toutes les consultations qui ne sont pas du domaine des spécialités. Trois fois par semaine, les étudiants seront admis à ces consultations, et initiés ainsi à la pratique de la médecine, telle qu'elle se présente chaque jour, avec l'application immédiate, aux cas les plus variés, des connaissances fraîchement acquises aux cours et aux cliniques, excellente gymnastique pour les élèves. Les plus avancés d'entre eux seront même appelés à faire des visites aux malades, toujours sous le contrôle du professeur, bien entendu.

Si je vous signale, à côté de cette création, trois cours de *privat-docenten* (un d'électrothérapie, donné par M. le Dr Bendez, et deux d'ophtalmologie, par M. le Dr Verrey et par votre collaborateur), et si j'ajoute que les cours ont été fréquentés, l'été passé, par 80 étudiants, je vous aurai, je crois, donné une idée à peu près complète de la marche de notre jeune Faculté depuis ma dernière correspondance.

Agréez, cher et très honoré Directeur, l'expression de mes sentiments cordiaux et dévoués. Dr EPERON.

C. Canada.

FACULTÉ DE MÉDECINE (UNIVERSITÉ LAVAL) DE MONTRÉAL.

Doyens : C. H. LEMIEUX et J. P. ROTTOT. — Secrétaires : A. VALLÉE et E. P. CHAPPEL.

Pathologie et clinique internes : J.-P. ROTTOT. — *Physiologie* : DUVAL et MIGNAULT. — *Anatomie descriptive* : POITEVIN. — *Matière médicale* : DESROSIERS. — *Tocologie* : LAMARCHE. — *Clinique interne* : DEMERS, GUÉRIN et X... — *Pathologie et clinique externes* : BROSSEAU et S... — *Chimie* : N. FAFARD. — *Anatomie pratique* : CHARTRAND. — *Hygiène* : SÉVERIN LACHAPELLE. — *Maladies des enfants et Botanique* : LACHAPELLE. — *Clinique d'oculistique et d'otologie* : A. FOUCHER et DESJARDINS. — *Histologiec* : BRENNAN. — *Pathologie générale, maladies des yeux et des oreilles* : I. A. SIMARD. — *Pathologie externe, médecine opératoire et clinique externe* : BRUNELLE. — *Clinique de tocologie* : DAGENAIS. — *Médecine légale et toxicologie* : J. LAVOIX.

D. Turquie-d'Asie.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BEYROUTH (TURQUIE D'ASIE).

Année scolaire 1891-1892.

Distribution des cours. — Chaires.

Anatomie : M. NÈGRE (3 fois par semaine). — *Accouchements* : M. ROUVIER (3 fois par semaine). — *Hygiène* : M. BOYER (3 fois par semaine). — *Pathologie interne*. M. de BRUN (3 fois par semaine). — *Pathologie externe* : M. HACHE (3 fois par semaine). — *Petite chirurgie* : M. CHAKER (2 fois par semaine, semestre d'été). — *Matière médicale* : M. BALDY (2 fois par semaine). — *Chimie* : M. SOULERIN (3 fois par semaine). — *Physique* : M. MARCELLIER (3 fois par semaine). — *Histoire naturelle* : M. BOULOUMOY (3 fois par semaine).

Cliniques.

Clinique médicale : M. de BRUN (3 fois par semaine). — *Clinique chirurgicale* : M. HACHE (3 fois par semaine). — *Clinique gynécologique* : M. ROUVIER (3 fois par semaine). — *Polyclinique* : M. BOYER (3 fois par semaine). — *Polyclinique* : M. NÈGRE (3 fois par semaine). — *Clinique ophtalmologique* : M. CH ER (1 fois par semaine).

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.

Dans les précédents Numéros des Etudiants, nous avons donné de nombreux renseignements sur l'Enseignement de la médecine à l'étranger. Comme il n'est survenu aucun changement de grande importance, nous y renvoyons nos lecteurs.

L'Enseignement de la Médecine en Finlande.

Finlande, 30 octobre 1892.

Monsieur le Rédacteur,

La Finlande a une Université fondée en 1640 à Abo, où elle était placée jusqu'à 1827 ; elle fut, à cette époque, transportée, par suite d'un incendie, à Helsingfors, capitale du pays. Les professeurs de la Faculté de médecine font leurs cours en suédois ; quelques-uns, dans les autres Facultés, font les cours en finnois.

A présent, les étudiants inscrits à l'Université sont au nombre de 1.852, dont 55 femmes, et 128 étudiants en médecine, parmi lesquels 4 femmes. Pour etre admis à la Faculté de médecine, l'étudiant doit passer d'abord devant la Faculté des sciences son examen comprenant deux épreuves par écrit, l'une traduction en langue étrangère (l'allemand, le français, l'anglais ou le latin) ; l'autre une composition dans la langue maternelle (suédois ou finnois) sur un sujet donné par la Faculté, de plus un examen oral. Celui-ci comprend la chimie, la physique, la botanique et la zoologie. Avant de passer

l'examen public devant les professeurs réunis, l'élève doit subir un examen particulier devant chacun des professeurs. Le temps nécessaire à un étudiant pour se préparer à cet examen est de deux ans. Admis maintenant à la Faculté de médecine, il s'occupe des travaux pratiques d'anatomie et de travaux semblables au laboratoire de physiologie. Au bout de deux ans environ, il se présente à l'examen de candidat en médecine (medecine-kandidat-examen) qui comprend d'abord une épreuve particulière et orale en anatomie, physiologie, chimie physiologique et pharmacologie, puis un examen public sur les mêmes matières. Pour chaque matière, il y a les trois mentions : *approbatur, cum laude approbatur. laudatur.* Reçu à cet examen, il commence son stage dans les cliniques, à savoir : 9 mois à la clinique médicale, 8 mois à celle de chirurgie, 5 mois au service d'accouchement et 3 mois à chacune des cliniques syphilitique, ophtalmologique et des maladies mentales. Tout candidat doit, pendant son stage, examiner des malades et prendre des observations sur leurs maladies ; de plus, faire des travaux pratiques d'anatomie pathologique (autopsie et microscopie). Cela fait, il se présente enfin aux examens particuliers, puis publics, de licencié (medecine-licentiat) dans les branches mentionnées de la médecine, plus la médecine légale. Ce grade donne le droit d'exercice sans restriction et la compétence d'occuper les emplois médicaux d'état.

Pour obtenir le titre de docteur, il rédige une thèse et la soutient publiquement devant la Faculté, laquelle désigne un opposant qui examine la thèse et prononce un jugement làdessus. Des objections peuvent être faites en outre par n'importe quel auditeur.

Les études complètes de médecine à l'Université de Helsingfors exigent au moins huit ans.

Les professeurs sont Hallstén (Physiologie) ; Runeberg (Clinique médicale); Asp (Anatomie); Homén (Anatomie pathologique et médecine légale); Heinricius (Obstétrique et maladies de l'enfance); Sundvik (Chimie physiologique et pharmacologie) ; Schultén (Clinique chirurgicale).

Les professeurs suppléants (extraordinar professor) sont: Hotsti (Médecine interne) ; Wahlfors (Ophtalmologie) ; Pipping (Maladies d'enfance) ; Engstrom (Gynécologie).

Le précepteur d'odontologie est M Ayrapaa.

Les agrégés sont Smirnoff (Syphiligraphie) ; Lundstrom (Syphiligraphie) ; Nordman (Ophtalmologie) ; Sueksdorff (Hygiène); Sievers (Médecine interne) ; Fayerlund (Médecine légale) ; Forngren (Médecine légale); Clopatt (Maladies d'enfance); Hjelmman (Syphiligraphie et dermatologie); von Bonsdorff (Chirurgie).

Agréez, Monsieur le Rédacteur, mes hommages respectueux. Dr C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 octobre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. A. REGNAULD.

M. ZAMBACCO répond à la communication de M. Magitot dans la dernière séance, sur les *cagots des Pyrénées et la lèpre.* Comme lui il admet sans restriction que les cagots sont les descendants des lépreux, et il appuie son opinion sur de nombreux documents historiques et sur les mesures de précaution employées à l'égard des cagots, et identiques à celles prises vis-a-vis des lépreux. Ambroise Paré les désignait sous le nom de ladres blancs et de suspects. Encore aujourd'hui on évite dans beaucoup de localités toute alliance avec les cagots. Quoique les déformations des ongles qu'ils présentent soient très vraisemblablement des reliquats de la lèpre, comme le pense M. Magitot, cette opinion n'est pas aussi incontestable quoiqu'elle paraisse à l'auteur absolument rationnelle. Si le bacille n'a pas été constaté, il faut en effet avouer que bien souvent, même dans des cas de lèpre accusés, il est introuvable. Nous nous trouvons du reste ici en face d'une lèpre transmise héréditairement et ayant subi de nombreuses transformations et une atténuation considérable du fait des croisements et de son ancienneté. De même que le domaine de la syphilis atténuée, larvée, tardive, est énorme, de même il y a lieu de faire un chapitre pour la léprose, comme pour l'herpétisme, la scrofule, etc., en y faisant rentrer l'éléphantiasis, l'aïnhum, la sclérodermie, certaines trophonévroses.

M. VIDAL ne considère pas comme caractéristiques les altérations des ongles des cagots. On les observe ailleurs que chez les lépreux, et l'hypertrophie des ongles est souvent une affection elle-même héréditaire. Il faudrait, pour établir le rapport exact entre les cagots et les lépreux: retrouver une filiation progressivement décroissante. L'influence des sources salées, puisque c'est auprès d'elles que M. Magitot a surtout retrouvé les cagots, pourrait expliquer ces affections unguéales. Quant au microbe, on l'a constaté dans d'autres formes de la lèpre que la lèpre tuberculeuse, en particulier dans la lèpre anesthésique, et on a pu en faire des cultures pures.

M. ZAMBACCO ne croit pas qu'on ait pu cultiver le bacille de la lèpre du vivant du malade, et M. Vidal lui-même, à qui il a envoyé des morceaux de peau anesthésique, n'y a pu trouver le bacille.

M. VIDAL répond que M. Quinquaud dit l'y avoir trouvé.

M. ZAMBACCO. — En tous cas. la présence du bacille n'est pas indispensable pour faire le diagnostic de la lèpre.

M. VIDAL le reconnaît, mais, dans les cas douteux, la présence des nodosités sur le trajet des nerfs est nécessaire pour y arriver.

M. BÉCHAMP dit que le bacille de la lèpre doit exister, car le microzyma existe. Mais il peut y avoir des cas sans bacilles, le microzyma ne s'étant pas encore transformé.

M. LAGNEAU pense que les cagots des Pyrénées paraissent bien avoir été autrefois des lépreux, comme les cagots de la Navarre espagnole, les gabets de Guyenne, les kakous de la Basse-Bretagne, les caeths de l'Angleterre. Malgré leur santé parfaite aujourd'hui on les tient encore à l'écart, comme leurs ancêtres.

M. LANCEREAUX. — Il y a dans la lèpre deux ordres de lésions: les unes primitives, les autres secondaires. Celles des ongles dérivent des altérations des nerfs. C'est en partant de ces altérations nerveuses, en s'aidant de l'étiologie et de l'histoire, qu'on pourra arriver à établir la nature lépreuse des lésions unguéales des cagots.

M. MAGITOT dit qu'il s'est placé exclusivement au point de vue historique, et pense être arrivé ainsi à établir entre les cagots et les lépreux la filiation que demande M. Vidal.

M. RICARD fait une communication sur le *traitement des luxations récidivantes de l'épaule par la suture de la capsule.* La résection de la capsule ou de la tête humérales, tout en donnant de meilleurs résultats que les appareils de prothèse, est insuffisante. Aussi dans deux cas l'auteur a-t-il expérimenté le nouveau procédé suivant. Il détache sur toute leur étendue les insertions du deltoïde sur la clavicule et l'acromion, rabat le muscle en dehors et en arrière, fait relever par un aide le coraco-brachial, et libère les bords inférieur et supérieur du sous-scapulaire ainsi découvert. La capsule se trouve mise à nu. Le bras est mis en rotation forcée pour relâcher la partie antérieure de la capsule. On passe alors à ce niveau, à travers la capsule et dans l'épaisseur du sous-scapulaire, trois fils de grosse soie plate, dirigés verticalement et à deux centimètres l'un de l'autre. On lie deux à deux les extrémités de ces fils de façon à réduire la paroi antérieure de la capsule en un moignon épais et rigide. On suture ensuite le deltoïde, puis les parties superficielles.

La guérison a été parfaite dans les deux cas, la luxation ne s'est pas reproduite, et les mouvements articulaires ont été complets.

M. LAUGIER lit une observation sur un cas *de fracture de l'humérus produite par un rebouteur dans une tentative de rupture d'ankylose du coude, et ayant donné lieu à une action correctionnelle suivie de condamnation.* P. SOLLIER.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR

(Subventionné par la Ville de Paris)

A l'Hôtel de ville (salle des Prévôts) et aux mairies des IXe et XIe arrondissements.

PREMIER SEMESTRE

Les Cours ont commencé le 20 octobre.

Biologie. — Pr M. G. POUCHET, du Muséum. Les mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2, mairie du XIe arrondissement, à partir du 20 octobre. Le Professeur traitera de la vie et des êtres vivants envisagés dans l'espace et dans le temps.

Histoire nationale. — P^r : M. MARILLIER, agrégé de philosophie, maître de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes. Les lundi, mercredi et vendredi, à 8 h. 1/2, à l'hôtel de ville, salle des Prévôts, à partir du 20 octobre. Le Professeur traitera de l'Histoire politique et sociale de la France du XVIe au XVIIIe siècle.

Anthropologie. — Pr M. VERNEAU, docteur en médecine, assistant au Muséum. Les mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2, à l'Hotel de ville, salle des Prévôts, à partir du 20 octobre. Le Professeur traitera des questions générales relatives à l'homme.

DEUXIÈME SEMESTRE.

Les cours commenceront le 13 février.

Histoire universelle: — M. le Pr Louis MÉNARD, docteur ès lettres, professeur à l'Ecole Nationale des Arts décoratifs. Les mardi, jeudi et samedi, à 8 h., mairie du XIe arrondissement. Le professeur traitera de la Cité grecque et de la Cité romaine. Il étudiera les causes de la décadence des anciennes Républiques.

Histoire du travail. — M. le Pr A. RÉVILLE, archiviste paléographe, agrégé d'histoire. Les mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2, salle des Prévôts, à l'Hôtel de Ville. Le professeur traitera de l'histoire du travail et des classes laborieuses dans l'Europe occidentale, depuis le XVe siècle jusqu'en 1879.

Histoire générale des sciences physiques. — M. le Pr Daniel BERTHELOT, docteur ès sciences, assistant au Muséum. Les lundi, mercredi et vendredi, à 8 h. 1/2, salle des Prévôts, à l'Hotel de Ville. Le professeur traitera du développement des sciences aux diverses époques et des résultats généraux de la science et de l'industrie modernes.

Histoire de Paris. — Pr MONIN, docteur ès lettres, professeur d'histoire et de géographie au collège municipal Rollin. Les leçons ont commencé le 22 octobre 1892. Elles ont lieu les mercredis et samedis, à 8 h. 1/2 du soir, à la mairie du neuvième arrondissement, rue Drouot. — Le professeur après avoir résumé le cours de l'an dernier, de 1789 à 1793, traitera de l'histoire de Paris, de 1793 à 1830.

Hygiène sociale. — M. le Pr A.-J. Martin, docteur en médecine, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'Habitation. Le cours comprendra : 1° des leçons par groupe de 5 dans les mairies qui seront ultérieurement désignées ; 2° des conférences pratiques chaque fois dans un endroit désigné à l'avance. Le Professeur traitera de l'Hygiène de l'ouvrier parisien : Milieu professionnel ; Conditions sanitaires du travail ; Habitation et alimentation de l'ouvrier ; Maladies générales et spéciales aux diverses industries ; Assistance et hygiène sociale des travailleurs.

BUREAU DE BIENFAISANCE D'IVRY. — *Legs.* — Par décret en date du 11 aout 1892, rendu sur le rapport du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, la Commission administrative du Bureau de bienfaisance d'Ivry-sur-Seine (Seine), est autorisée à accepter le legs d'une somme de 2.000 francs, fait à cet établissement par le sieur Baillarger (Jules-Gabriel-François). Le produit de ce legs sera placé en rente 3 0/0 sur l'Etat.

LES ENNEMIS DE L'EXPÉRIMENTATION. — M. le Dr X... fait des expériences de greffe animale, de transfusion de sang. A cet effet, il avait chez lui, dans son écurie, des chèvres, des génisses, etc. Il parait que les cris de ces animaux genaient le propriétaire ou plutôt les locataires. Le proprietaire demanda en référé l'expulsion des animaux. Le juge des référés l'ordonna. Mais sur appel du docteur, la cour vient d'infirmer cette ordonnance. Les animaux resteront à l'ecurie et notre confrère pourra tranquillement laisser crier ses animaux.

LE CHOLÉRA. — En raison de la décroissance de l'épidémie cholériforme à l'étranger, le ministre de l'intérieur vient de supprimer la visite sanitaire dans les gares frontières de la Belgique établies sur les petites lignes ferrées de Houplines, Comines, Bachy, Maulde, Anor, Vieux-Condé, Godwaersvelde et Deulemont. Les postes de Ghyvelde, Halluin, Tourcoing, Baisieux, Blanc-Misseron, Jeumont et Feignies continueront à fonctionner pendant une quinzaine de jours environ.

DERNIERS RENSEIGNEMENTS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Ouverture des Cours officiels.

Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie. — Pr M. BROUARDEL. — I. *Cours de médecine légale pratique à la Morgue :* Le cours de Médecine légale pratique commencera à la Morgue, le mercredi 9 novembre 1892, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — *Ordre du cours :* les mercredis, M. le Pr BROUARDEL; les vendredis, M. le Dr DESCOUST, chef du laboratoire de Médecine légale; les lundis, M. le Dr VIBERT, chef du laboratoire d'Anatomie pathologique. — II. *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.* — Les Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie, seront faites au laboratoire de Toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 5 novembre 1892, les mardis, jeudis et samedis. — *Ordre du cours :* les jeudis, à 4 heures, M. le Dr DESCOUST, chef du laboratoire de Médecine légale; les mardis, à 3 heures, M. le Dr VIBERT, chef du laboratoire d'Anatomie pathologique; les samedis, à 3 heures, M. OGIER, Docteur ès sciences, chef du laboratoire de Chimie. — III. *Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique et aux conférences :* Seront seuls admis à suivre les cours de Médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au Secrétariat de la Faculté: 1° MM. les Docteurs en médecine ; 2° MM. les Etudiants ayant subi le troisième examen de doctorat. Le laboratoire de Chimie (Caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Cours d'anatomie. — M. le Pr FARABEUF a commencé le cours d'anatomie le vendredi 4 novembre 1892, à 4 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le Pr CORNIL a commencé le cours d'anatomie pathologique le vendredi 4 nov. 1892, à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage).

Cours de chimie médicale. — M. le Pr GAUTIER, membre de l'institut, commencera le cours de Chimie médicale le samedi 5 novembre 1892, à 1 heure (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours d'histologie. — M. le Pr MATHIAS-DUVAL commencera le cours d'histologie le samedi 5 novembre 1892, à 4 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Objet du cours : Les tissus conjonctif, cartilagineux, osseux ; le système musculaire ; les épithéliums ; le système muqueux ; la peau et ses annexes.

Cours de clinique médicale. — M. le Pr PETER commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le mercredi 16 novembre 1892, a 10 heures, a l'amphithéatre de médecine de cet hopital, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le P^r LE DENTU a commencé le cours de Clinique chirurgicale le vendredi 4 novembre 1892, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. Opérations : les mardis et vendredis après la leçon. Opérations abdominales : le jeudi à 9 h. au pavillon de gynécologie. Visite des malades : les lundis, mercredis et vendredis, salle Malgaigne (hommes) ; les mardis et samedis, salle Lenoir (femmes).

Cours de clinique des maladies des voies urinaires. — M. le Pr GUYON reprendra ses leçons le mercredi 9 novembre 1892, à 9 heures (hopital Necker), et les continuera les samedis et mercredis suivants, à la meme heure.

Cours de clinique médicale. — M. le Pr POTAIN commencera son cours de clinique médicale, à l'hopital de la Charité, le mardi 8 novembre 1892, à 10 heures, et le continuera les samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure. La visite des malades aura lieu à 8 heures 1/2 du matin. Leçons de séméiologie, par M. Vaquez, chef de clinique, les vendredis à 10 heures. Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le Pr Alfr. FOURNIER commencera ce cours le vendredi 11 novembre 1892, à 9 heures et demie du matin (hôpital Saint-Louis),

et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — M. le Pr STRAUS a commencé le cours de pathologie expérimentale et comparée le vendredi 4 novembre 1892, à 4 heures de l'après-midi, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique (1er étage). Objet du cours : Biologie générale des microbes ; Technique bactériologique ; Principaux microbes pathogènes.

Cours de pathologie interne. — M. le Pr DIEULAFOY commencera le cours de pathologie interne, le samedi 5 novembre 1892, à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de pharmacologie. — M. le Pr Gabriel POUCHET commencera le cours de pharmacologie le samedi 5 novembre 1892, à 2 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de physiologie. — M. le Pr. Ch. RICHET a commencé le cours de physiologie le vendredi 4 novembre 1892, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de thérapeutique et matière médicale. — M. le Pr HAYEM a commencé le cours de thérapeutique et matière médicale le vendredi 4 novembre 1892, à 4 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Programme du cours : Agents physiques; Climats; Eaux minérales.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. — M. le Pr PINARD commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le lundi 7 novembre 1892, à 9 heures du matin (Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Ordre du cours : lundi et vendredi, leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre, par le professeur; mardi, leçons de diagnostic obstétrical, par le Dr Lepage, chef de clinique ; mercredi, leçons et opérations de gynécologie, par le Dr P. Segond, agrégé; jeudi, leçons de thérapeutique obstétricale, par le Dr Varnier, agrégé, à 4 heures ; samedis, leçons et opérations de chirurgie infantile par le Dr Kirmisson, agrégé. Tous les jours à 5 heures, cours pratique et manœuvres obstétricales par les Docteurs Potocki, Wallich et Bouffe de Saint-Blaise, répétiteurs. Visite tous les matins à 9 heures.

Conférences de pathologie externe. — M. RICARD, agrégé, commencera ces conférences le samedi 5 novembre 1892, à 4 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Conférences de physique médicale. — M. WEISS, agrégé, commencera les conférences de physique médicale le samedi 5 novembre 1892, à 11 heures du matin (petit amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

HOPITAL NECKER. — *Clinique des maladies des voies urinaires.* Service de M. le Pr GUYON. *Cours complémentaires pratiques.* — M. le Dr LEGUEU, chef de clinique, commencera, le lundi 5 décembre, à 5 h. 1/2, un cours en 18 leçons, sur la clinique et la médecine opératoire des voies urinaires, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — M. le Dr HALLÉ, chef de laboratoire, commencera, le mercredi 6 décembre, à 2 h., un cours en 15 leçons sur l'histologie et la bactériologie des voies urinaires, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — M. le Dr CHABRIÉ, chef des travaux cliniques, commencera, le lundi 19 décembre, à 4 h., un cours en 6 leçons sur la chimie urologique pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Les nombreux perfectionnements que M. le Pr GUYON a apportés au fonctionnement de la clinique Necker permettent d'y faire dorénavant une part beaucoup plus large que par le passé à l'instruction des élèves. A partir du 5 décembre 1892, les docteurs et étudiants français et étrangers seront admis gratuitement à soigner les malades de la consultation externe, sous la direction de M. le Dr JANET. — On est prié de se faire inscrire d'avance pour la mise en séries.

FACULTÉ DES SCIENCES.

Cours libre pour l'année scolaire 1892-1893.— *Chimie appliquée à la physiologie :* vendredi et samedi de 2 à 3 h. (Amphithéâtre de Physiologie, 18, rue de l'Estrapade), M. C. CHABRIÉ, Docteur ès Sciences et Docteur en médecine, traitera de l'étude des principaux produits existant dans les tissus et les liquides de l'organisme. Il insistera sur les réactions chimiques que se produisent dans l'économie des êtres vivants. Ouverture du cours, le 11 novembre.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Concours de 1892.

Liste des élèves auxquels des bourses, demi-bourses et trousseaux ont été accordés après constatation de l'insuffisance de fortune des parents et conformément à la loi du 5 juin 1850.

1° *Bourses et trousseaux.*— MM. Auguin (Gabriel-Paul-Louis-Gaston). Besse (Victor-Antoine-Noel). Bouquet de Jolinière (Achille-Auguste-Henri). Brice (Léon-Raoul-Marie). Canee (Marie-Albert-Edmond). Caujole (Léon-Antonin-Jean). Daireaux (Pierre-Marie-Emmanuel-Louis). Damas (Joseph-Guillaume-Eugène). Delahaye (Hector-Charles-Henri-Olivier). Dusolier (Cyprien). Faure (Jean-Baptiste-François). Fayollat (Pierre-Charles-Jules-Marie). Fohanno (Jean).Gauthier (Aimé-Antoine-Edouard).Geysen (Hector-Désiré). Gorse (Paul-Léon-Pierre). Hussenstein (Jean-Baptiste-Joseph). Lafeuille (Paul-Louis). Lambœuf (Pierre-Georges). Le Masne (Georges-Alexandre-Marie). Lévêque (Louis-Octave). Montagné (Ange-Pierre-Antoine). Paloque (Paul-Urbain-Marie). Paul (René). Rambaud (Louis). Renaude (Pierre-Marie-Félix-Albert). Rieux (Jean-Baptiste-Eugène). Rolland (Victor). Romary (Lucien-Alfred). Rubenthaler (Georges-Lucien). Rudler (Marie-Joseph-Alphonse-Fernand). Tiberi (Albert-François-Jean-Clément). Trassagnac (Jean-Emmanuel-Paul). Velten (Paul).

2° *Demi-bourses avec trousseaux.*— MM. Foley (Henri-Joseph-Edmond). Mahaut (Gustave-Louis-Félix). Mouly (Georges).Vigné (Edouard-Hippolyte-Urbain).

3° *Demi-bourses.*— MM. Aldhuy (Eloi-Adolphe). Fortier (Marie-François-Arthur).

Liste des élèves en cours d'étude qui ont obtenu une bourse. — MM. Fleury (Emmanuel-Jules). Huber (Marie-Nicolas-Vincent-Paul). Lamoureux (Jean-André). Masure (Marie-Félix-Gabriel-Jules).

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE A BORDEAUX.

Concessions de bourses et de trousseaux.

Par décision en date du 15 octobre 1892, le ministre de la marine et des colonies a accordé des concessions de bourses et de trousseaux aux élèves de l'Ecole du service de santé de la marine dont les noms suivent, savoir :

1° *Bourses entières et trousseaux complets.* — Bassière (J.-J.-A.). Le père instituteur ; 7 enfants. Bee (J.-M.). Orphelin de père ; 2 enfants. Morin (E.-L.). Orphelin de père ; 5 enfants. Spire (C.). Orphelin ; 3 enfants. Chemin (J.-A.). Le père sous-agent administratif, en retraite ; 3 enfants. Donnart (F.). Le père instituteur ; 9 enfants. Bessière (J.-P.). Le père perruquier ; 4 enfants. Mathis (C.-J.-C.). Orphelin de père ; 3 enfants. Rolland (J.-P.). Le père, maire de Lambruisse ; 4 enfants. Valmyre (A.). Orphelin ; 1 enfant. Douarre (E.). Le père cultivateur ; 1 enfant. Rencurel (J.-L.-E.). Le père représentant de commerce ; 5 enfants. Sambue (G.-A.-G.). Le père employé de chemin de fer ; 3 enfants. Degroote (G.-M.-G.). Le père cultivateur; 5 enfants. Lamy (P.-E.). Orphelin ; 2 enfants. Lucciardi (J.-L.-D.). Orphelin ; 5 enfants. Gautier (J.-F.). Orphelin de père ; 1 enfant. Coulogner (J.). Le père débitant ; 4 enfants. Guitard (L.). Le père ancien soldat ; 2 enfants. Lanteaume (C.-M.). Le père instituteur ; 1 enfant. De Nicolas du Plantier (E.-C.) Orphelin de père ; 6 enfants.

2° *Bourses entières et demi-trousseaux.* — Vialet (M.-J.-F.). Le père médecin de la marine en retraite ; 3 enfants. Brachet (H.-L.). Le père inspecteur des pêches ; 2 enfants. Pannetier (A.-L.-M.). Orphelin de père ; 1 enfant. Boulfait (G.-V.). Le père limonadier ; 2 enfants. Lecomte (A.-J.). Le père agent voyer en retraite; 4 enfants. Bernal (H.). Le père employé de commerce ; 3 enfants. Delabaude (E.-H.). Orphelin de père ; 5 enfants. Augier (A.-M.). Le père brigadier au chemin de fer ; 1 enfant.

3° *Demi-bourses et demi-trousseaux.*— Parazols (L.). Orphelin de père ; 6 enfants. Thomas (P.-M.). Le père ancien pharmacien ; 8 enfants. Nielsen (M.-E.). Le père commis des directions de travaux, 1 enfant. Dubruel (C.-M.-E.). Le père directeur du comité des assurances maritimes ; 8 enfants. Maurras (J.-E.). Orphelin de père ; 2 enfants. Bouteiller (L.-T.). Le père proviseur du lycée ; 3 enfants. Guiol (O.-L.-A.). Le père ancien médecin principal de la marine ; 2 enfants.

4° *Bourses entières sans trousseau.* — Marzin (G.). Le père lieutenant de vaisseau en retraite, capitaine de port au Havre ; 5 enfants. Escande de Messières (E.-M.). Le père commissaire de la marine en retraite ; 2 enfants. Deschamps (F.-A.). Le père voyageur de commerce ; 1 enfant.

5° *Demi-bourse sans trousseau.* — Bernard (L.-H.). Orphelin de père ; 2 enfants.

Complément de dégrèvements en faveur d'élèves déjà titulaires de bourses et de trousseaux à l'Ecole de Bordeaux. —

Erdinger (L.), titulaire d'une bourse et d'un demi-trousseau. Bourse entière et trousseau complet. — Bartet (A.), titulaire d'une bourse et d'un demi-trousseau. Bourse entière et trousseau complet. — Baret (F.), titulaire d'une bourse et d'un demi-trousseau. Bourse entière et trousseau complet. — Camus (G.), titulaire d'une bourse et d'un demi-trousseau. Bourse entière et trousseau complet. — Dethève (C.), titulaire d'une bourse et d'un demi-trousseau. Bourse entière et trousseau complet.— Taburet (J.), titulaire d'une bourse et d'un demi-trousseau. Bourse entière et trousseau complet. — Cordier (P.), titulaire d'une demi-bourse et d'un demi-trousseau. Bourse entière et trousseau complet. — Castaing (G.), titulaire d'une bourse entière. Bourse entière et demi-trousseau. — Delaporte (H.), titulaire d'une demi-bourse et d'un demi-trousseau. Bourse entière et demi-trousseau. — Roi (F.), titulaire d'une demi-bourse et d'un demi-trousseau. Bourse entière et trousseau complet. — Tribondeau (L.), titulaire d'une demi-bourse et d'un demi-trousseau. Bourse entière et trousseau complet. — Séguin (A.), titulaire d'une demi-bourse et d'un demi-trousseau. Bourse entière et trousseau complet. — Chabaneix (J.), titulaire d'une demi-bourse et d'un demi-trousseau. Bourse entière et trousseau complet. — Merleaux-Ponty (J.), titulaire d'une demi-bourse et d'un demi-trousseau. Bourse entière et demi-trousseau. — Chalibert (R.), titulaire d'une demi-bourse. Bourse entière.

VARIA

Enseignement de la médecine dans les Hôpitaux.

Les appréciations suivantes sur les mesures proposées ou prises au sujet d'une meilleure organisation de l'enseignement clinique dans les hôpitaux ont leur place naturelle dans ce numéro.

« Le Conseil municipal, animé de si bonnes, de si généreuses intentions, comprendra que tous les médecins des hôpitaux doivent être égaux devant ses largesses, qu'il ne s'agit pas seulement de nommer des professeurs existant déjà, mais qu'il s'agit d'abord et surtout d'organiser l'enseignement par la création de nouveaux laboratoires et la nomination d'assistants suffisamment rétribués. Ceux qui veulent se livrer à l'enseignement n'ont besoin de subventions que pour leurs laboratoires ou leurs assistants, jusqu'au jour peu éloigné où le principe de la rétribution de tous les cours par les élèves sera établi et pratiqué comme à l'étranger. Alors l'émulation, ce grand nerf de l'enseignement, y gagnera; les finances de la ville de Paris n'en souffriront point, et un grand pas sera fait vers la liberté de l'enseignement supérieur. Pour ma part, avec une complète indépendance et sans aucune pensée de flatterie à l'adresse du Conseil municipal, je dis qu'il a bien mérité du pays et de l'humanité souffrante, en songeant à relever le niveau des études médicales, et que tous les hommes que n'aveugle pas l'esprit de parti devront lui témoigner une sincère reconnaissance pour la grande œuvre accomplie. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 48).

« Nous apprenons, de source autorisée, que l'Administration croit faire œuvre libérale en proposant, avec un sérieux dont on ne peut s'empêcher de la féliciter, la création, dans un même hôpital parisien, de trois ou quatre chaires de clinique médicale et d'une chaire chirurgicale... Et c'est ainsi que le tour serait joué !

« Voilà une manœuvre fort habile pour enlever à l'enseignement des hôpitaux son autonomie et son importance, et le faire accaparer par l'Université de l'Etat, hanté par le spectre de la concurrence. Reste à savoir si le Conseil municipal voudra abdiquer en consentant à payer, avec les deniers de la Ville de Paris, un enseignement *qui lui appartient* et dont l'Etat s'attribuerait le monopole. Ce serait une manière comme une autre de mettre en expropriation l'enseignement libre des hôpitaux... pour cause d'utilité personnelle et universelle. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 49).

« Mais si la Faculté s'entête à ne vouloir point sortir de l'ornière classique l'administration de l'Assistance publique semble animée de bonnes dispositions et l'on doit savoir gré à M. Peyron d'avoir suivi les conseils et écouté les réclamations de la presse médicale. Il vient en effet de faire poser sur les murs de Paris de grandes affiches blanches, c'est-à-dire officielles, où l'on trouve l'ensemble de tous les cours ou conférences faits dans les hôpitaux. C'est déjà un progrès d'avoir ainsi groupé, dans un même tableau, les noms des différents chefs de service qui font des leçons à l'hôpital, avec indication du jour et de l'heure. C'est un premier pas de fait dans la voie des réformes considérables à apporter dans l'enseignement de la médecine ; il faut encourager de pareils efforts pour que l'Administration ne reste pas en si beau chemin et sache faire profiter les élèves de toutes les richesses dont elle dispose dans ses hôpitaux. » (*Journal de médecine de Paris*, n° 52).

Etudiants en médecine de la Suisse.

La *Revue médicale de la Suisse romande* a publié, dans son numéro du 20 septembre, la statistique des élèves qui ont fréquenté pendant le semestre d'été les écoles de médecine de la République helvétique. Ils se décomposent ainsi : La Faculté de Bâle a reçu 146 élèves dont 127 hommes et une femme originaires de Suisse, et 18 hommes étrangers ; — La Faculté de Berne comptait 227 étudiants, dont 141 hommes et 1 femme suisses et 23 hommes et 62 femmes venus de l'étranger ; — A Genève, les cours ont été suivis par 233 personnes, dont 99 hommes et 1 femme suisses et 88 hommes et 47 femmes étrangers ; — La Faculté de Lausanne a été fréquentée par 67 étudiants suisses et 13 hommes et 1 femme étrangers. Enfin à Zurich, sur 266 étudiants on a compté 163 hommes et 6 femmes suisses et 59 hommes et 38 femmes étrangers.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 7. — 2e *de Doctorat* oral (1re *partie*) : MM. Fournier, Retterer, Sebileau.

MARDI 8. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, André. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Charité : MM. Cornil, Debove, Menetrier. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier, Bar, Albarran.

MERCREDI 9. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. Beaudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier.

VENDREDI 11. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Poirier, Sebileau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Marchand, Ribemont-Dessaignes.

SAMEDI 12. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Hotel-Dieu : MM. Peter, Chantemesse, Roger.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 9. — M. Leblond. Diagnostic et traitement des abcès du foie. — M. Fretier. De l'inflammation du canal de Sténon (sans présence de calcul). — M. Faraggi. Rein mobile. Indication et contre-indication de la néphrorraphie.

JEUDI 10. — M. Perignon. Etude sur le développement du péritoine dans ses rapports avec l'évolution du tube digestif et de ses annexes. — M. Roy. Contribution à l'étude des tubercules sous-cutanés douloureux.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 23 oct. 1892 au samedi 29 oct. 1892, les naissances ont été au nombre de 1044 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 388; illégitimes, 147. Total, 535 — *Sexe féminin :* légitimes, 359 ; illégitimes, 150. Total, 509.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 23 oct. 1892 au samedi 29 oct. 1892, les décès ont été au nombre de 956 savoir : 496 hommes et 460 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 11, T. 23. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0 — Rougeole : M. 1, F. 0, T. 1.— Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 4, F. 2, T. 6 —Diphtérie, Croup : M. 10, F. 14, T. 24.— Affections cholériformes : M. 2, F. 2, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 118, F. 74, T. 192. – Autres tuberculoses : M. 13, F. 8, T. 21 – Tumeurs benignes : M. 0, F. 7, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 32, T. 48. — Méningite simple : M. 14, F. 13, T. 27. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 36, F. 29, T. 65. — Paralysie, M. 4 F. 4, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 8, F. 5, T. 13. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 35, T. 58. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 10, T. 22 — Bronchite chronique. M. 13, F. 17, T. 30.— Broncho-Pneumonie : M. 12, F. 16, T. 28, — Pneumonie : M. 18, F. 20, T. 38. — Gastro-entérite, biberon : M. 32 F. 27, T. 59 —Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 2, T. 6. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 4, T. 5.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1 Débilité congénitale : M. 13, F. 15, T. 28 Sénilité : M. 11, F. 17, T. 28. — Suicides : M. 9, F. 4,

T. 13 — Autres morts violentes : M. 6, F. 6, T. 12 —Autres causes de mort : M. 98, F. 78, T. 176 — Causes restées inconnues : M. 6, F. 3 T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 14. Total : 38. — *Sexe féminin* : légitimes, 15, illégitimes, 18. Total : 33.

Faculté de médecine de Bordeaux. — *Concours pour une place de chef de clinique chirurgicale.* — Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le lundi 21 novembre 1892, à 9 heures du matin.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Blaise, agrégé, est institué chef des travaux d'histologie et d'anatomie pathologique du laboratoire des cliniques de la Faculté.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Duffner est institué chef de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Bézy, chargé des fonctions d'agrégé, est maintenu dans les fonctions de chargé du cours de clinique des maladies des enfants.

Ecole de médecine de Caen. — M. Gossart est chargé du cours de physique.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le Dr Bordier est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours d'histoire naturelle.

Ecole principale du service de santé de la marine a Bordeaux. — M. le Dr Gués, récemment nommé directeur de l'Ecole, est arrivé à Bordeaux et a pris possession de ses nouvelles fonctions.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Bâle.* — Notre collaborateur et ami, M. le Dr A. Jacquet, assistant à la clinique médicale, est nommé privatdocent de pathologie expérimentale et de pharmacologie.

Faculté de médecine de Bruxelles. — M. le Dr Warnots est nommé professeur de médecine opératoire, en remplacement de M. Thiry, démissionnaire.

Archives provinciales de Chirurgie. — *Sommaire* du N° 5, 1er novembre 1892. — E. Kummer (Genève). Observation d'un athérome sous-cutané du creux palmaire et considérations sur la valeur systématique de l'athérome sous-cutané ou kyste épidermoïde (4 *Fig.*), p. 357-366. — J. Reboul (Marseille). A propos d'une tumeur de la paume de la main : fibro-sarcome à myéloplaxes (1 *Fig.*), p. 367-377. — A. Bolognesi (Le Mans). — De la chloroformisation à doses faibles et continues dans la position déclive sur le plan incliné à 45 degrés (7 *Fig.*), p. 378-391. — E. Villard (Lyon). Ancien nœvus de la face ayant pris un développement monstrueux (2 *Fig.*), p. 392-398. — M. Pollosson. (Lyon). Du traitement de certains abcès aigus d'origine dentaire par trépanation de la dent au collet, p. 399-402. — E. Guillet (Caen). Phlegmon infectieux sous-lingual (angiome de Ludwig, p. 403-406. — G. Phocas (Lille . Contribution à l'étude de la coccygodynie, p. 407-412. — H. Dayot (Rennes). De la résection costale dans le traitement des abcès froids thoraciques (1 *Fig.*), p. 413-428. — M. Jaboulay (Lyon). A propos d'un nouveau cas de gastro-entérostomie et de jéjuno-duodénostomie, p. 429-430. — Bibliographie. — Ce numéro de 80 pages renferme dans le texte quinze photogravures en relief dont dix au trait et cinq à la demi-teinte. Bureaux du journal : 14, boulevard Saint-Germain, Paris. Rédacteur en chef : Dr Marcel Baudouin.

Association française pour l'avancement des sciences. — La vingt-deuxième session de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra en 1893, à Besançon, sous la présidence de M. le Pr Bouchard. Très probablement le Congrès aura lieu à Caen en 1894.

Prix. — L'Association française pour l'avancement des Sciences a reçu d'un donateur anonyme une somme de 600 francs, destinée à récompenser, sous la forme de deux prix, l'un de 400 francs, l'autre de 200 francs, les auteurs du meilleur travail sur la question suivante : Etudier, d'après des documents locaux, la fréquence de la rage et les mesures prophylactiques en vigueur dans un département, la Seine excepté, ou une région (deux ou trois départements) de la France et de l'Algérie. Les chiffres statistiques devront porter au moins sur dix années et comprendre les résultats de 1892. Les manuscrits devront être envoyés avant le 31 mars 1893, à M. le Secrétaire du Conseil de l'Association, 28, rue Serpente, Paris.

Distinctions universitaires. — M. le Dr Jesson, maire de Valmy, est nommé officier d'Académie.

Jardin d'acclimatation. — Le lait du jardin d'acclimatation, recommandé aux malades et aux enfants, se distribue, deux fois par jour, en vases plombés. Son grand avantage est d'être produit aux portes de Paris, au Bois de Boulogne, et d'être livré à la consommation immédiatement après les traites, sans avoir subi, comme le lait venu de province, aucune préparation conservatrice telle que refroidissement, cuisson, addition de subtances alcalines.

Hôpitaux de Paris. — *Jury pour le Concours des prix de l'Internat.* — Les jurys sont ainsi composés : *Médecine* : MM. Brouardel, Ballet, Gingeot, Gombault (de Beaujon), Campenon ; *Chirurgie* : Terrier, Chaput, Routier, Hutinel, Doléris.

Hôpital de la Charité (*service d'accouchements*). — M. le Dr P. Budin reprendra ses leçons de clinique obstétricale le jeudi 10 novembre à 10 h. 1/2 du matin (amphithéâtre Velpeau) et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hôpitaux de Rouen. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Blondel et Lefebvre, internes titulaires.

La morve a Nimes. — On écrit de Nimes qu'une épidémie de morve s'est déclarée dans les écuries des 19e et 38e régiments d'artillerie et du 163e d'infanterie. Le colonel Colliot, commandant d'armes, a immédiatement prescrit toutes les mesures prévues par la loi. On suppose que cette épidémie a été apportée par les chevaux du 163e d'infanterie, qui vient de faire des manœuvres dans les Alpes. Une enquête très rigoureuse va être ouverte pour établir les responsabilités.

Les erreurs scientifiques dans la presse. — Nous lisons dans l'*Echo de Paris* du 3 novembre dernier, sous la signature d'Emile Gautier : « Or, sachez que les gros poissons, à commencer par les baleines... » « *Et nunc erudimini !* »

Le XIe congrès international de médecine de Rome. — L'ouverture officielle du XIe Congrès international de médecine, qui doit avoir lieu à Rome en 1895, est définitivement fixé au 24 septembre. Le Congrès sera clos le 1er octobre.

Les médecins dans les romans. — Un récent roman de Jules Mary est égayé par la plaisante figure d'un médecin de campagne. Ce médecin tire un parti singulier du penchant qu'ont les hommes et les... clientes pour le merveilleux. Le succès ne lui venant pas assez vite, il se donne pour un charlatan. Et il met autant d'empressement à cacher des titres parfaitement authentiques que d'autres en mettent à en produire de faux. — Mais, pardon, cher confrère, ce n'est pas là du roman, c'est de l'histoire ; c'est chose vécue, et la scène pourrait se jouer au Théâtre libre...

Prétendue exploitation des médecins. — L'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine, dans une « note au sujet des policliniques, dispensaires et hôpitaux, pour être mise sous les yeux de MM. les conseillers municipaux de la ville de Paris », a signalé un certain nombre de faits préjudiciables à la fois aux indigents et aux médecins. De deux rapports déposés sur le bureau syndical par les docteurs Fisseaux et de Beurmann, il résulte que des individus, à qui leur situation de fortune permettrait de payer le médecin et le pharmacien, se font traiter et médicamenter gratuitement dans les hôpitaux ou les policliniques.

A la direction de l'Assistance publique, où le *Temps* a été se renseigner à ce sujet, il lui a été déclaré que des abus de ce genre n'étaient pas absolument impossibles, mais que les précautions prises par l'administration les rendaient certainement assez rares. Tous les malades qui se présentent pour entrer dans un hôpital y sont immédiatement admis si la gravité de leur état l'exige. Mais une enquête est faite aussitôt par des agents de l'administration ; si l'on découvre que le malade n'est pas un nécessiteux et s'il n'est pas transportable, on lui fait payer ses journées de séjour à l'hôpital ; s'il est transportable, on l'invite à aller se faire soigner chez lui et à laisser la place à un indigent. Le nombre des malades payants est d'ailleurs fort restreint : on conçoit que la promiscuité de l'hôpital ne soit pas pour tenter les gens à qui leur fortune permet de s'en dispenser. Sur plus de quatre millions de journées de malades, une cinquantaine de mille seulement sont payantes. Le prix est de 3 fr. 30 par journée, et la recette faite de ce chef par l'Assistance publique n'est que de 170,000 francs. Quant aux consultations des hôpitaux, toutes les personnes qui se présentent y sont admises, à condition toutefois que leur extérieur ne révèle pas un état trop éloigné de l'indigence ; mais dans presque tous les hôpitaux, la consultation ne comporte pas la délivrance gratuite des médicaments. Les seuls qui fassent exception sont les hôpitaux d'enfants (Enfants-Malades, Trousseau, service de chirurgie infantile à Tenon) et les hôpitaux spéciaux (Saint-Louis, Midi, Lourcine). En somme, les abus sont combattus dans la mesure du possible, et ils ne peuvent prendre une grande extension.

MÉDECINS PERCEPTEURS. — On écrit de Tours que M. le Dr FOURNIER, maire de Tours, ayant été nommé aux fonctions de percepteur, vient de donner sa démission de maire.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 27 octobre 1892, les médecins stagiaires, dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le corps de santé militaire, pour prendre rang à la même date. Par décision ministérielle du dit jour, ces médecins militaires ont reçu les affectations ci-après indiquées, savoir : MM. de Bovis, à l'hôpital Saint-Martin; Besson, au laboratoire de bactériologie de l'Ecole de Val-de-Grâce ; Dettling, au 89e d'infanterie : Tostivint, au 157e d'infanterie; Denoy, à l'hopital de Toulouse ; Pécheux, au 74e d'infanterie; Muller, à l'hôpital de Versailles ; Vallet, à l'hôpital Villemanzy ; Le Mitouard, au 7e d'artillerie ; Terse, à l'hôpital de Marseille ; Viguié, au 5e d'infanterie ; Lefort, au 8e bataillon de chasseurs à pied ; Lions, au 3e d'infanterie ; Bronner, à l'hôpital Saint-Martin ; Beauxis-Lagrave, à l'hôpital de Vincennes ; Saltet, au 19e bataillon de chasseurs à pied; Roqueplo, à l'hôpital de Nice ; Coupry, au 1er d'infanterie ; Vidal, au 108e d'infanterie , Le Roux, au 47e d'infanterie ; Parant, au 8e hussards ; Crapet, au 19e dragons ; Jaulmes, au 11e bataillon de chasseurs à pied ; Job, au 2e dragons ; Visbecq, au 67e d'infanterie ; Rémond, au 56e d'infanterie ; Pégurier, à l'hôpital Villemanzy ; Capillery, à l'hôpital de Bayonne ; Sourrat, au 85e d'infanterie ; Faure, à l'hôpital de Vincennes ; Azais, à l'hôpital de Versailles ; Marie, au 90e d'infanterie ; Albouze, au 75e d'infanterie ; Tourtarel, au 60e d'infanterie ; Dreyfus, au 35e d'artillerie ; Malval, au 4e d'infanterie ; Dercle, au 26e bataillon de chasseurs à pied ; Rouquette, au 137e d'infanterie ; Finot, au 23e dragons ; Fournial, à l'hôpital de Vincennes ; Mac-Auliffe, au 19e d'infanterie ; Raynaud, à l'hopital de Perpignan ; Boucabeille, à l'hôpital de Versailles; Bonnette, au 161e d'infanterie ; Dellac, à l'hôpital de Lille ; Lhomer, à l'hôpital de Nancy ; Marrel, à l'hôpital de Chambéry ; Eybert, à l'hôpital de Rennes ; Caenens, au 25e bataillon de chasseurs à pied ; Silvestre, à l'hospice de Besançon ; Chanaud, à l'hôpital de Nancy ; Bizouard, à l'hôpital de Bourges ; Rocheron, au 148e d'infanterie; Voulgre, au 48e d'infanterie ; Vernet, au 2e bataillon de chasseurs à pied ; Castaing, à l'hôpital du camp de Chalons ; Merlin, au 150e d'infanterie ; Fohanno, à l'hospice d'Epinal ; Fontaine de Prelle, à l'hospice de Lunéville ; de Libessard, à l'hospice de Verdun. — Par décret, en date du 27 octobre 1892, les pharmaciens stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe dans le corps de santé militaire, pour prendre rang à la même date. Par décision ministérielle dudit jour, ces pharmaciens militaires ont reçu les affectations ci-après indiquées, savoir : MM. Nanta, aux hopitaux de Tunisie ; Lesclaux, aux hôpitaux de la division d'Alger. — Par décret, en date du 27 octobre 1892, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale : *Au grade de médecin aide-major de première classe*.—MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Porterie, Aubiban, Samanos, Juppé, Ernous, Fouilliaron, Jacquemart, Piogey, Guerrier, Franceschi, Fouché, Mordagne, Lesur, Lallemant, Meunier, Prévost, Godard, Fatin, Lambert, Drapier, Helleu, Meilhon, Naury, Boiteux, Wendling, Duron, Blaising, Boisleux, Mulette, Gautier, Clochon-Latouche, Vuillemin, Thoinot, Sprane, Sacquin. — *Au grade de pharmacien aide-major de première classe*. MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Schmidt, Bottmer, Cazeneuve, Guerbet. — Par décret, en date du 28 octobre 1892, ont été promus dans le corps de santé de la marine : *Au grade de directeur du service de santé*. M. Auffret, médecin en chef. — *Au grade de médecin en chef*. MM. les médecins principaux Bertrand et Manson. — *Au grade de médecin principal*. MM. les médecins de première classe Vantalon, Ortal et Riche. — *Au grade de médecin de première classe*. MM. les médecinss de deuxième classe L'Honen, Suard, Grognier et Babolain.

NÉCROLOGIE. — M. ROSSIGNOL, qui a longtemps occupé au ministère de la guerre les fonctions de *directeur du service de santé* et qui fut intendant général du gouvernement de Paris, est mort le 28 octobre, au chateau du Fin, près de Gimont (Ger.). — M. le Dr BOUSQUET-LAGRANGE (de Mustapha). — M. le Dr CLUZET (d'Isle-Bouzon). — M. le Dr OZOUF (de Paris). — M. le Dr SÉNAC (de Vichy). — M. le Dr Alban SERNIN (de Narbonne). — M le Dr A. DELBARRE (de Cambrai). — M. le Dr Antonio-Garcia CABRERA, professeur à la Faculte de médecine de Grenade. — M. le Dr Isidore HENRIETTE, professeur honoraire de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Bruxelles. — M. le Dr BODEREAU (du Mans). — M. le Dr THOMAS (Armand) de Paris, décédé à Monceaux-le-Comte Nièvre le 12 octobre, a l'age de 69 ans. — M. le Dr FOUCHARD, de La Combe (Calvados), reçu en 1864. — M le Dr GUYÉNET Paul, d'Orange, décédé à l'age de 30 ans. — M. le Dr GARNIER père, de Saint-Sorlin (Saône-et-Loire) décédé à l'age de 81 ans. — M. le Dr . ARAMÉ, (J. Alfred) professeur de clinique, interne à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, à Montreal, médecin de l'hopital Notre-Dame, decédé le 12 septembre à l'age de 48 ans, d'un cancer du duodenum.

BOURNEVILLE. — Laïcisation des Hopitaux et Enseignement professionnel du personnel (1891-1892). Brochure in-8 de 80 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 90 c.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchement*. — Enseignement obstétrical, clinique et théorique (1892-93).

Enseignement clinique : M. le Dr P. BUDIN, chef de service, tous les jours à 9 heures. — Mardi, jeudi, samedi : Lecture des observations et interrogatoire des élèves. — Jeudi à 10 heures 1/2 : Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Les élèves seront dirigés dans la pratique des accouchements par des moniteurs.

Enseignement théorique et manœuvres opératoires : M. le Dr BONNAIRE, accoucheur des hôpitaux. Leçons : Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir. — Ouverture du cours de M. le Dr Bonnaire, le mardi 18 octobre, à 5 heures du soir. — Conférences par M. le Dr LEGRY, chef de laboratoire du service. Chaque période d'enseignement complet durera deux mois et demi environ.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Samedi*. Visite du service de M. BOURNEVILLE.

Le Numéro des étudiants. — Malgré nos efforts pour arriver à faire ce numéro aussi exact que possible, nous ne nous faisons pas d'illusion sur les omissions et sur les erreurs involontaires que nous avons pu commettre. Aussi faisons-nous appel à l'indulgence de nos lecteurs d'une part, et d'autre part à leur obligeance pour nous aider à combler les omissions, à réparer les erreurs.

Le prix d'abonnement au Progrès médical *est réduit, pour MM. les Etudiants, à 12 francs par an.*

MM. les Abonnés sont priés de joindre, à leur demande de renouvellement ou de changement d'adresse, la bande du journal.

Le Redacteur-Gérant BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 46. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 12 NOVEMBRE 1892.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Note sur une forme de ptosis non congénital et héréditaire.

par A. DUTIL.

Nous avons observé récemment, dans le service de notre maître, M. le Pr Charcot, un malade, ataxique, dans la famille duquel sept membres, appartenant à la lignée maternelle et répartis dans quatre générations successives, ont été atteints, dans le *cours de leur cinquantième année*, de ptosis paralytique bilatéral. Il nous a semblé que l'histoire de ce cas méritait d'être rapportée, non seulement en raison du curieux exemple d'hérédité similaire et homochronique qu'elle contient, mais encore parce qu'il nous a conduit à rechercher et à admettre l'existence d'une variété de ptosis non congénital et héréditaire, sorte de *maladie familiale*, jusqu'ici restée à peu près méconnue, à cause, sans doute, de sa très grande rareté. Voici le fait :

OBSERVATION I. — M. X..., dessinateur de dentelles, âgé de 66 ans, s'est présenté à la consultation externe de la Salpêtrière dans les premiers jours du mois d'avril dernier.

Antécédents héréditaires. — L'histoire des ascendants de ce malade présente cette particularité fort intéressante : depuis quatre générations, tous les membres de sa famille, et seulement du côté maternel, ont été affectés, vers l'âge de 50 ans, de ptosis paralytique bilatéral. Voici les renseignements très précis que nous avons pu recueillir à cet égard.

Du côté paternel : Grand-père goutteux.

Du côté maternel : 1° Son *bisaïeul* avait les yeux presque entièrement clos ; ses paupières supérieures retombaient en les couvrant aux trois quarts au-devant de ses globes oculaires, ce qui l'obligeait à relever la tête en élevant fortement les sourcils lorsqu'il regardait droit devant lui. Un portrait de cet ancêtre, peint à la sanguine et que ses descendants ont conservé, témoigne de la véracité du fait.

2° Son *grand-père* fut atteint, vers l'âge de 50 ans, d'une paralysie des paupières. Il était contraint, par cette infirmité, de rejeter sa tête en arrière et parfois même de relever ses paupières avec ses mains lorsqu'il voulait voir un objet placé devant lui et à hauteur de visage. Sa vue était cependant très bonne ; il était ciseleur sur métaux.

Un *grand-oncle* fut affecté également, vers l'âge de *cinquante ans*, de la même infirmité.

La *mère* du malade, morte à 72 ans, fut atteinte dans le cours de sa *cinquantième année* de ptosis double et à peu près complet. Pour pouvoir lire commodément elle avait coutume de relever ses paupières supérieures au moyen d'une [illegible] de

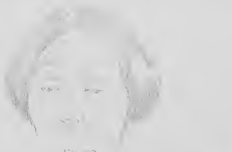


Fig. 27.

baudruche dont elle collait l'extrémité supérieure au-dessus du sourcil. La chute des paupières s'effectua lentement, progressivement ; la paupière gauche fut atteinte la première ; en quelques mois, le ptosis fut complet des deux côtés ; c'est de cette période que date la photographie, d'après laquelle M. P. Richer a bien voulu dessiner la figure ci-dessus. (Voir *Fig.* 27).

Un *oncle* maternel fut affecté, encore vers *l'âge de* 50 *ans*, de ptosis d'abord unilatéral, puis double et qui alla s'accentuant avec les progrès de l'âge. Il mourut à 74 ans. Comme chez sa sœur, ce fut la paupière de l'œil gauche qui s'abaissa la première (Voir *Fig.* 28).



Fig. 28.

Un deuxième *oncle* présenta, toujours au même âge (50 ans) la même infirmité. Il mourut à l'âge de 82 ans.

Un troisième oncle, mort à *quarante-cinq ans*, fut exempt de toute paralysie des paupières.

Un *frère* du malade (4e génération), mort à 50 ans, n'avait pas présenté non plus de chute des paupières.

Enfin notre malade lui-même, dans le cours de sa *cinquantième année*, a été affecté à son tour, ainsi que nous le verrons, de ptosis double de nature paralytique.

Côté paternel
Grand-père goutteux.

Côté maternel
+Bisaïeul, yeux mi-clos, paupières tombantes.

+*Grand père* Ptosis vers l'âge de 50 ans. — *Grand-oncle* Ptosis vers l'âge de 50 ans.

Mère Ptosis à 50 ans, morte à 72 ans. — +1er *Oncle* Ptosis à 50 ans, mort à 74 ans. — +2e *Oncle* Ptosis à 50 ans, mort à 82 ans. — 3e *Oncle* Mort avant 50 ans pas de ptosis.

+le *malade*, 66 ans, Ptosis à 50 ans, puis tabes ayant débuté à 53 ans. — 1 *frère* mort vers 50 ans, pas de ptosis.

Il est à remarquer que les divers membres de la famille de M. X... qui ont hérité de cette paralysie des paupières, apparaissant toujours dans le cours de leur cinquantième année, sont restés indemnes ultérieurement de toute paralysie faciale ou oculaire, de tout trouble de la vision. Leur santé générale était d'ailleurs parfaite. Ils ont tous atteint un âge très avancé. Aucun d'eux n'a présenté soit antérieurement, soit postérieurement à l'apparition du ptosis, tel ou tel autre symptôme pouvant se rapporter à une maladie caractérisée du système nerveux. Il n'en a pas été de même de notre malade. Voici quelle est son histoire pathologique :

M. X... a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 21 ans.

A 30 ans, il eut un accident vénérien vraisemblablement syphylitique. Voici ce qu'il raconte à ce propos : Il eut, nous dit-il, un chancre sur le gland, puis une ulcération à la gorge que son médecin cautérisa au nitrate d'argent. Il aurait présenté également une éruption de macules rosées sur la poitrine. Tout cela aurait disparu au bout d'une quinzaine de jours (?) Il ne se traita que pendant un mois et il ignore complètement la nature des médicaments qui lui furent alors prescrits.

Jamais il n'a présenté, depuis cette époque, aucune éruption suspecte. Il n'a jamais eu d'exostes, jamais de céphalées. Il est veuf sans enfants. Santé habituelle irréprochable.

Le ptosis a débuté chez M. X... dans le cours de la cinquantième année.

C'est la paupière de l'œil gauche qui a été atteinte la première. L'abaissement des paupières s'est effectué progressivement de 50 à 53 ans. A cette époque le ptosis était complet ; le malade avait beau, nous dit-il, rejeter sa tête en arrière, il pouvait à peine apercevoir le visage des personnes auxquelles il parlait. Jusque-là aucun trouble de la vision proprement dite. Il subit une première opération chirurgicale, ayant pour but le relèvement des paupières. L'opération fut suivie de succès. Quelques mois après cette intervention (3 ans après le début du ptosis), il remarqua « qu'il voyait double de temps à autre. » L'oculiste qui lui donnait des soins lui parla de paralysie de la 6e paire.

De 54 à 56 ans la chute des paupières se reproduisit lentement. Il dut subir une deuxième intervention chirurgicale qui échoua; car l'abaissement des paupières se reproduisit encore quelques semaines après l'opération; enfin une troisième opération fut pratiquée par Fieuzal. Depuis lors les paupières, relevées, comme le montre la *Fig.* 29, ne se sont plus abaissées.



Fig. 29.

A 60 ans le malade accusa une hyperesthésie très douloureuse de la main gauche, le plus léger attouchement de cette main l'impressionnait très vivement. Ce symptôme persista pendant plusieurs semaines.

En 1889, le malade se présenta pour la première fois à la consultation de la Salpêtrière. Il avait alors 66 ans. Il commençait à se plaindre de douleurs fulgurantes bien caractérisées siégeant dans les membres inférieurs. Hormis le ptosis, il n'existait aucun trouble oculaire, la diplopie avait cessé; seulement on constatait un affaiblissement très marqué du réflexe rotulien du côté gauche, tandis qu'à droite ce réflexe était normal. — Notre examen, qui fut très attentif, ne nous permit pas de constater d'autre symptôme d'ordre tabétique. Depuis cette époque, durant ces trois dernières années, de nouveaux symptômes ont apparu, qui mettent hors de doute l'existence chez notre malade du tabes ataxique. Actuellement, en effet, il présente les symptômes que voici : Des douleurs constrictives et permanentes enserrant la base du thorax, des douleurs fulgurantes le long des membres inférieurs, des fourmillements dans les doigts de la main gauche, avec une diminution notable de la sensibilité à la douleur sur la face dorsale de cette main;

Les réflexes rotuliens sont complètement abolis ;

Le signe de Romberg est très prononcé, et les mouvements de la marche commencent à être incoordonnés.

Les symptômes du côté de l'appareil oculaire sont les suivants : Le relèvement imparfait des paupières fait que le malade élève fortement ses sourcils et rejette sa tête en arrière. Pas de strabisme, mais parésie légère pour les mouvements associés de latéralité et d'élévation. Diplopie. Pas de lésion du fond de l'œil. Pupilles inégales. Signe d'Argyll ou Roberts (examen de M. Parinaud).

On peut résumer l'observation et le tableau synoptique qui précèdent en disant :

Une famille, qui du côté paternel paraît n'avoir présenté d'autre tare héréditaire que la goutte, a 7 de ses descendants, dans la ligne maternelle, atteints de ptosis paralytique, vers l'âge de 50 ans. Chez les 6 premiers tout se borne au symptôme ptosis ; la paralysie des muscles releveurs des paupières n'est précédée ni suivie d'aucun autre trouble de la musculature de l'œil, d'aucune altération de la vision proprement dite, d'aucun symptôme permettant de soupçonner chez ces personnes l'existence de telle ou telle maladie du système nerveux. Le 7e sujet, notre malade, est à son tour affecté de ptosis, à l'âge de 50 ans, comme ses prédécesseurs ; mais trois ans après, on voit apparaître chez lui une série de troubles d'ordre tabétique et M. X... est actuellement atteint d'ataxie locomotrice parfaitement confirmée.

On sait que le début du tabes est marqué parfois par la paralysie d'un ou des deux muscles releveurs des paupières ; il est certain que dans le cas dont il s'agit ici, si les antécédents de famille de M. X... étaient demeurés inconnus, on eut sans hésiter rattaché le ptosis de notre malade à l'évolution du tabes qui a suivi. A ce propos, on pourrait peut-être se demander, en songeant à cette série de ptosis qui va se déroulant à travers quatre générations et qui semble aboutir à un cas de tabes accompli, si ces paralysies isolées des paupières dont furent affectés les ascendants n'étaient pas comme une légère ébauche de la maladie héréditaire qui chez notre malade a pu, la syphilis aidant, arriver à un développement complet. Mais c'est là une pure hypothèse. Il nous paraît plus simple et plus prudent de considérer l'association, chez ce malade, du tabes dorsal et du ptosis qui lui a été transmis par ses ascendants comme l'effet d'une rencontre fortuite.

D'ailleurs, ce n'est pas là le seul cas de cette variété de ptosis que nous ayons observé. En voici un second exemple :

Observation II. — M. B..., âgé de 57 ans, est atteint depuis l'âge de 45 ans de ptosis paralytique double et à peu près symétrique. Les paupières supérieures recouvrent presque complètement les globes oculaires. Les sourcils sont maintenus élevés. Le front est plissé transversalement. Le malade a l'habitude de relever une de ses paupières au moyen d'une petite pince. La paralysie des paupières s'est effectuée en 14 mois; la paupière de l'œil droit a été atteinte la première. Il n'existe actuellement et il ne s'est produit antérieurement chez M. B... aucun trouble de la vision proprement dite, il n'y a jamais eu trace de diplopie. La santé générale du malade a toujours été parfaite. Il n'a jamais éprouvé de douleurs fulgurantes, ni de troubles vésicaux; ses réflexes rotuliens sont normaux. Il n'a pas eu la syphilis.

Les renseignements que le malade a bien voulu donner sur ses antécédents de famille sont les suivants :

Dans la ligne maternelle : *Mère* nerveuse, irritable, « se croyait toujours gravement malade, » a vécu jusqu'à l'âge de 77 ans. Une tante a été sujette à des crises de nerfs de 20 à 25 ans (hystérique). Rien autre à signaler.

Du côté paternel :

Le *père et le grand-père* ont été atteints comme lui de paralysie de paupières. Il ignore à quel âge le ptosis a débuté chez le grand-père et ne peut fournir aucun détail sur son état de santé. Il est mort dans un âge avancé.

Quant au père de M. B..., c'est à 42 ans qu'il a remarqué que sa paupière droite commençait à s'affaisser. En quelques mois la paralysie s'est accentuée et a atteint l'autre paupière. Mais elle n'a jamais été aussi prononcée que chez son fils. M. B .. nous affirme que son père, mort à 62 ans, a toujours joui d'une très bonne santé; sa vue, indépendamment de son infirmité, était excellente. Il n'avait, avant la chute de ses paupières, aucun vice de conformation de ces organes. Une photographie prise antérieurement à la paralysie des paupières démontre qu'il en était de même chez M. B...

Un frère de M. B..., âgé actuellement de 53 ans, est rhumatisant ; mais il n'a présenté jusqu'ici aucun trouble du côté des paupières.

Les seuls faits du même ordre que nous ayons pu relever dans la littérature de ces dernières années sont ceux communiqués par le Pr Fuchs à la Société médicale de Vienne dans la séance du 20 déc. 1889 (1). Le premier malade observé par M. Fuchs était âgé de 49 ans ; il présentait un ptosis complet à droite, incomplet à gauche ; le début remontait à une dizaine d'années ; un second malade, âgé de 60 ans, était également affecté depuis 20 ans de ptosis bilatéral.

Ces deux malades étaient indemnes de tout autre trouble fonctionnel. Leur santé générale était parfaite. Dans ces deux cas il n'est pas question d'hérédité. En raison de la grande minceur de la paupière et du mode de développement du ptosis, M. Fuchs fut conduit à admettre qu'il s'agissait là d'une myopathie de la paupière plutôt que d'une lésion isolée des noyaux des muscles releveurs.

Quelle que soit, à défaut de constatations anatomiques, l'hypothèse que l'on adopte pour expliquer ces cas de ptosis, ils nous semblent devoir être rangés dans une catégorie spéciale parfaitement distincte du groupe des ptosis congénitaux (2) et des diverses paralysies des paupières qu'on peut observer chez l'adulte.

Les faits que nous venons de rapporter nous paraissent, malgré leur petit nombre, suffisants pour montrer : qu'il existe une variété de ptosis paralytique apparaissant dans l'âge adulte, comme un symptôme isolé, ne se rattachant à l'évolution d'aucune affection déterminée du système nerveux ou musculaire, susceptible de se transmettre héréditairement à travers deux ou plusieurs générations et ayant par conséquent, au point de vue nosographique, la signification et la portée d'une petite *maladie de famille.*

(1) Mendel's Centr., 1890, p. 92.

(2) Dans un important mémoire sur ce qu'il appelle « Infantilen Kernschwünd » (*Munch. medicin. Abhandl.* 2 heft, 1892), M. le Dr P. J. Mobius cite plusieurs exemples de ptosis congénital héréditaire. Voici l'indication de quelques-unes de ces observations : Hirschberg. (Ueber Zsammenhang zwischen Epicanthus und Ophtalmoplegia. *Neurol. Central.* IV. p., 299, 1885. — Rampoldi. Assenza congenita hereditaria des movimenti ocalopalpebrale. *Ann. di Ottalm.* p.51; *Archiv. f. Augenheilkunde*, XVIII 2 p. 227, 1887. — Lawford. *Congenital and hereditary defect of ocular movements. Ophth. Soc. of the United Kingd.*, 1887, Déc. 8. *Arch. für Augenheilkunde, XVIII*, 4., p. 481, 1888. — Dans tous ces cas il y avait ophtalmoplégie externe. — D'après Fuchs et Gowers, cités par Mobius, le ptosis développé dans l'enfance serait, dans la règle, transmissible par voie d'hérédité.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Bayrac, agrégé de chimie près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est transféré en la même qualité à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, et chargé, en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, des fonctions de chef des travaux pratiques de chimie à cette dernière Faculté, en remplacement de M. Morelle, appelé à d'autres fonctions. — M. Bard, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est maintenu, pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire d'anatomie pathologique à ladite Faculté.

Medecins-Conseillers d'arrondissement. — M. le Dr Poirier est élu Conseiller d'arrondissement du Loiret par le canton de Chateaurenard.

Conseil académique du Rhone. — M. le Dr Rebatel, conseiller général du Rhône, est nommé membre du Conseil académique du Rhone en remplacement de M. Nohot, démissionnaire.

Revue Philosophique. — Sommaire de la *Revue philosophique*, no de novembre 1892 (17me année). L. Marillier : La psychologie de W. James. — E. de Roberty : De l'unité de la science ; les grandes synthèses du savoir. — Th. Ribot : Sur les diverses formes du caractère. — Variétes. — Analyses et comptes rendus. — Revue des periodiques étrangers.

DERMATOLOGIE

De l'existence de la lèpre atténuée chez les cagots des Pyrénées ;

par M. V. Lajard (d'Avignon) et le Dr Félix Regnault, ancien major civil de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

La littérature sur les cagots est extrêmement riche et depuis l'excellent travail de Francisque Michel (*Histoire des races maudites de France et d'Espagne*) nombreuses ont été les publications sur ce sujet. Et cependant la question d'origine en a été plutôt obscurcie à ce point que nous voyons des auteurs autorisés, comme Reclus dans son bel ouvrage sur la France, dire que « leur origine est inconnue. »

De Rochas, dans un excellent livre (*Les Parias de France et d'Espagne*, Paris 1878), paraissait cependant avoir bien éclairé la question et démontré par des preuves historiques péremptoires que les cagots descendaient des lépreux. Cette solution était adoptée par Lagneau dans son article « Cagot » du Dictionnaire Encyclopédique.

Et cependant le point de vue médical était laissé dans l'ombre : les cagots n'offraient-ils pas encore de nos jours des signes morbides qu'on devait rapprocher de la lèpre ?

De Rochas avait eu une intuition de la vérité.

Il dit en effet : « Aujourd'hui encore on peut voir à Salies-de-Béarn quelques individus qui présentent de père en fils une altération singulière du système pileux, qui en est peut-être un reste. Ils n'ont en guise de cheveux qu'une espèce de duvet très blond et leurs ongles racornis se recourbent sur la pulpe du bout des doigts, ce qui leur a fait donner le nom d' « ouncles de carcoi » parmi le peuple. Naguère la matrice de l'ongle s'ulcérait ; il n'en est plus de même aujourd'hui car la maladie va tous les jours diminuant en nombre et en intensité. »

Il ne s'étend pas davantage et ne recourt qu'à des preuves historiques. Mais, au mois d'août 1892, M. Zambaco montre l'idendité de la maladie de Morvan et rappelle que les cagots de Bretagne n'étaient que des lépreux. (Communication à l'Académie de Médecine, 23 août 1892). Il pense que cette maladie existe aussi dans le département des Pyrénées parmi les cagots, qui, de même que les kakous de la Bretagne, ne sont que des descendants de lépreux.

Au Congrès de Pau le 17 septembre 1892, après une communication de M. Bouchard (de Bordeaux) sur les cagots des Pyrénées où le point vue « *race* » était seul traité, M. Lajard appelle le premier l'attention sur l'altération des ongles et l'alopécie des cagots de Salies. M. Magitot à son tour l'appuie de sa voix autorisée ; ces lésions, dont on n'avait plus parlé depuis de Rochas et qui étaient tombées dans l'oubli, prennent aux yeux du public une importance nouvelle. La question des cagots entre alors dans sa vraie voie, la voie médicale.

Mais on n'avait pas encore rapproché cette lésion de la lèpre, et même au Congrès de Pau M. Magitot avait déclaré qu'il s'agissait là de déformations tératologiques.

L'un de nous, qui avait vu des léproseries aux Indes, fut frappé de l'analogie qui existait entre ces lésions et celles des lépreux. Au point qu'il écrivit au *Journal des Débats* l'appréciation suivante qui parut dans le numéro du 23 septembre 1892.

« L'histoire de ces malheureux est touchante. L'un deux, un vieux marin qui avait assisté au siège de Paris, nous a conté ses malheurs. On les évite comme des malades atteints d'affections contagieuses ; à l'église, ils ont un bénitier spécial et des places distinctes ; quand ils passent dans la rue, on siffle comme pour avertir de leur passage. Ces faits pourraient faire penser qu'il s'agit là de descendants des lépreux autrefois si nombreux en France. Jusqu'en ces derniers mois, on a cru la lèpre absolument éteinte chez nous ; il n'en restait plus que des traces insignifiantes dans les Alpes-Maritimes. Mais, tout dernière-

ment, M. Zambaco, de Constantinople, a montré que les lépreux étaient nombreux encore en Bretagne.

« La maladie dite de Morvan, avec les ulcérations des extrémités, ne serait qu'une lèpre atténuée. Qui sait si les altérations que nous observons chez les cagots n'en sont pas le vestige ? On ne peut l'affirmer, mais on est conduit à y penser, maintenant surtout que l'on connaît l'extrême variété que les maladies peuvent offrir dans leurs symptômes : atténuées, elles sont souvent entièrement différentes des formes graves, quoique provoquées par le même bacille. »

Ainsi était énoncée dès cette époque l'idée d'une lèpre atténuée qui serait à la maladie de Morvan ce que celle-ci est à la lèpre tuberculeuse.

M. Lajard resta dans le pays et fit, concurremment avec M. Magitot, de nouvelles recherches. Néanmoins il eut soin de revendiquer la priorité de ses découvertes :

1° Par un pli cacheté déposé à l'Académie le 4 octobre et enregistré à la séance du 11. Il affirmait à nouveau que l'on se trouvait en présence d'une lèpre atténuée et que les altérations des ongles et l'alopécie ne s'observaient qu'à Salies et quelques autres villages où se trouvaient des mines de sel. Enfin il annonçait la présence de la maladie de Morvan dans le pays.

2° Par une nouvelle communication à la Société de Biologie du 15 octobre, M. Lajard donnait de nouveaux détails. Ils furent confirmés par M. Magitot à la séance du 20 octobre à la Société d'Anthropologie.

Dans de nouvelles communications du 21 à la Société Anatomique et du 22 à la Société de Biologie, M. Lajard complétait ses recherches et M. Magitot insistait de nouveau sur la nature lépreuse de ces altérations aux séances du 25 et du 31 octobre de l'Académie.

Dans cet exposé nous avons voulu déterminer la part qui revenait à chacun. Nous réunissons dans ce mémoire les faits nouveaux amassés au sujet des cagots des Pyrénées ; nous énumérons les preuves qui démontrent que les cagots sont des descendants des lépreux et nous nous efforçons de créer une nouvelle entité clinique : « la lèpre blanche ou lèpre cagote. »

Nous le faisons en nous appuyant sur un double faisceau de preuves anthropologiques et médicales ; et nous serons heureux de montrer une fois de plus comment ces deux sciences peuvent se compléter en bien des cas.

§ 1.

LES CAGOTS SONT DES DESCENDANTS DES LÉPREUX.

Avant d'aborder la question de la pathologie actuelle des cagots, il convient de faire table rase des anciennes théories qui voulaient constituer la race spéciale des cagots. Certains auteurs les décrivent comme ayant des caractères tranchés du reste de la population. Parmi les traits distinctifs, les principaux seraient des sujets blonds aux yeux bleus, privés du lobule de l'oreille. Or, il y a dans bien des endroits et notamment à Salies beaucoup plus de sujets bruns que de blonds. Il est absolument impossible de distinguer les cagots du reste de la population.

Nous avons établi parmi les cagots un pourcentage des individus dépourvus du lobule ou plus exactement à oreille courte à la partie inférieure. Pour cela, comme en anthropologie, des points de repère fixes sont nécessaires; nous avons considéré comme tels tous ceux dont le bord inférieur de l'oreille est à 1 mm. seulement au-dessous de son attache avec la peau de la face. Nous avons examiné 39 sujets, tous à Chubitoa, dans le village considéré par M. de Rochas comme peuplé des plus purs cagots: 12 hommes, 19 femmes et 8 enfants. Il s'en est trouvé 9 rentrant dans la catégorie susdite, soit un peu moins d'un quart. La même expérience tentée sur les habitants d'Anhaux, à côté, où il n'y a pas de cagots, nous a donné un chiffre inférieur à 15 0/0. La population du pays présente souvent cette disposition. Si le chiffre est supérieur chez les cagots, cela peut être dû à la consanguinité. Ailleurs, du reste, cette conformation n'existe pas et déjà les anciens auteurs avaient observé que les cagots n'avaient pas généralement le lobule de l'oreille court.

Les cagots ne forment donc pas actuellement une race spéciale. Ils sont très diversifiés, bruns et blonds, brachy et dolicho, les oreilles à lobule ou sans lobule, comme le fond de la population où ils vivent. De Rochas l'a déjà dit : « Les cagots basques sont Basques, les béarnais Béarnais, les bretons Bretons par leurs caractères physiogiques. » Seraient-ils des représentants d'une race autrefois pure dont le type se serait altéré sous l'influence du milieu ou des mariages mixtes ? On a voulu faire des cagots des descendants d'une race préhistorique — ou des débris des Celtes, — des chrétiens de l'Eglise primitive, — des Juifs, — des Sarrasins, — des Bohémiens, — des Espagnols vainqueurs de Roland, — des Goths, — des Alains.

Ce serait à la vérité le seul exemple d'une race ayant même religion, mêmes mœurs, même langue que la race conquérante et qui au bout de plusieurs siècles ne se serait pas mêlée à elle.

Indépendamment des arguments historiques comme le suivant : qu'un manuscrit du xe siècle parle des Chrestiaas ou Cagots, alors que la guerre des Albigeois n'a eu lieu qu'au xiie, il y a pour rejeter cette solution des raisons absolument probantes.

Les cagots n'ont pas d'idiome propre, comme l'a observé de Rochas. Les gahets ont le breton en Bretagne. Les cagots dans les pays de langue d'Oc parlent cette langue avec ses dialectes divers et ses patois suivant les régions. Les langues romanes non fixées par la littérature et l'imprimerie varient beaucoup d'une province à l'autre, quelquefois de canton à canton. Les chrestiaas se servent partout du patois local. C'est le gascon dans les Landes (Laurède, Murgron), le béarnais à Salies et à Bédous, le basque près de Saint-Jean-Pied-de-Port et, dans le pays basque, le basque espagnol ou navarrais, très différent du précédent à Chubitoa, où nous avons dû nous servir d'un interprète. En Béarn et en Gascogne où nous connaissions le dialecte, nous n'avons pu relever un terme ou une expression spéciale. Nous ne croyons pas qu'une légère exception à cette règle, exception que nous avons constatée en un seul point, soit suffisante pour infirmer notre conclusion. Elle consiste uniquement dans une nuance de prononciation qui n'a pas été signalée encore.

A Lescun, le dernier village français de la vallée d'Aspe, les cagots, qui vivent encore dans un quartier séparé par un ruisseau du reste des maisons, ont une manière spéciale de prononcer la fin des mots en traînant. On peut la traduire ainsi :

Français.	*Pr. ordinaire.*	*Pr. cagote.*
etre.	estes.	estesse.
il plut.	qué ploubou[illegible]	que ploubousse.
que fais-tu ?	qué hes?	que hesses ?
que voulez-vous ?	qué voules?	que voulesses?

M. Guibeau (de Saint-Jean-de-Luz) trouve qu'à Bozate les cagots parlent un basque plus pur que les autres. Il y a certainement dans ces faits un argument décisif contre ceux qui prétendent que les cagots ont disparu et ne sont qu'un souvenir, mais on ne peut y trouver une base pour établir une race ; car les cagots n'ont pas de langue.

Un fait plus important encore est l'existence des cagots en des points très différents de la France. Leur centre est, en France, les Basses-Pyrénées et, en Espagne, la Haute-Navarre et le Guipuscoa.

Il en existe encore de nombreuses colonies dans les Landes et quelques-unes dans la Haute-Garonne et les Hautes-Pyrénées, où elles étaient assez nombreuses, dans le Gers et la Gironde. Jusqu'ici cette population fait un ensemble, un tout assez compact et on pourrait se croire en présence d'une race. Mais on retrouve des gafos en Andalousie, des cagots dans le Poitou ; ce sont les Crestés, les

Roux et les huttiers qui habitent les marais, population traitée en paria et dont les rapports avec les autres sont les mêmes que dans les Basses-Pyrénées. Il y en avait dans le Maine au XVIIe siècle. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Ouverture des cours du semestre d'hiver 1892-1893.

Cours d'Anatomie pathologique. — M. le Pr Cornil.

Vendredi, à 5 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, M. le Pr CORNIL a ouvert son cours devant un public très nombreux. La première leçon a été consacrée à l'anatomie de l'utérus, M. Cornil se proposant de faire cette année l'anatomie pathologique des organes génitaux de la femme. C'est une question des plus importantes et à l'ordre du jour. On sait assez quelle est la façon de faire du professeur pour que nous n'y insistions pas. Se rapprocher le plus possible de la leçon de choses, montrer des pièces, décrire des préparations personnelles, faire le plus de projections possibles, telle est la marche ordinaire du professeur. On est donc sûr de trouver avec lui un cours inédit, où les détails originaux et neufs abondent, mais qu'il faut suivre assidûment, car il serait impossible de le compléter par la lecture d'un traité.

Cours de Clinique Médicale (*Hôpital de la Pitié*). — M. le Pr Potain.

M. le Pr POTAIN a rouvert, le mardi 8 novembre, la série de ses leçons cliniques par l'étude de l'évolution de la séméiologie. Celle-ci s'est profondément transformée. Constituant un moment la médecine presque entière, l'art de recueillir les signes des maladies constituait pour Hippocrate l'art médical même. La séméiologie consistait alors à prévoir, d'après les phénomènes observés, ce qui devait arriver au malade et s'il avait besoin ou non des secours de l'art. Les médecins bornaient alors leurs recherches à l'examen superficiel ; le meilleur médecin, dit Hippocrate, est celui qui sait prévoir ; l'observation directe devait être le seul guide, aussi blâmait-il les tendances des philosophes à tirer leur pronostic des choses extérieures et d'hypothèses. Pour inspirer à ses malades plus de confiance, Hippocrate leur demandait le récit du passé et du présent et de là leur prédisait l'avenir. Aujourd'hui les conditions sont les mêmes, mais nos sources d'information sont plus nombreuses et plus précises. Dès les temps anciens on étudiait tout ce qui pouvait tomber sous les sens. Les signes observés servaient à prévoir l'issue de la maladie ou les complications, en particulier les hémorrhagies, dont on connaissait les fâcheuses conséquences pour la fièvre typhoïde. De même les attaques convulsives et les urines noires indiquaient le pronostic chez les albuminuriques. La gravité du délire chez les femmes enceintes, des frissons irréguliers chez les vieillards atteints de gravelle était connue. La succession habituelle, l'enchaînement de certains accidents servaient donc à Hippocrate à établir ses pronostics. Il ne se servait pas de la lésion organique, ne la connaissant pas. Cela ne l'empêchait pas de reconnaître la pleurésie et de pratiquer l'empyème ; il usait même, à ce propos, de la percussion et de l'auscultation car il signale dans le *Traité des affections*, pour la pleurésie, le bruit de cuir neuf auquel succède bientôt la cessation du bruit respiratoire. Il connaissait aussi la crépitation pleurale qu'il comparait au bruit que fait le vinaigre qui bout sur une pierre calcaire. Quand la plèvre se remplit, en faisan asseoir le malade sur un siège dur, le faisant tenir par les épaules par un aide et secouer ensuite, vous entendez, dit-il, le bruit comme dans une outre. S'il n'y a pas de fluctuation, si la toux est sèche et la respiration courte, la poitrine est pleine de pus.

Tout cela était infiniment sage, mais il fallait que les médecins connussent alors une multitude de faits pour faire de la médecine pratique. La séméiologie hippocratique avait une telle valeur qu'elle était encore en honneur au commencement de ce siècle. Mais pendant de nombreuses années, sous les discussions des philosophes, la séméiologie avait été oubliée. Galien chercha à la remettre en honneur en y ajoutant l'étude des urines. Il se signale aussi par une tendance très accusée à rapprocher les signes des lésions. C'est que l'anatomie était née et que de plus on avait observé des plaies d'organes. Après Galien, l'ombre obscurcit de nouveau les intelligences, l'astrologie, l'alchimie prennent la place de la médecine, cependant la chimie sortira de ce chaos avec Paracelse, qui en fait, mais un peu trop vite, la base de toute médecine sérieuse. Au XVIIe siècle, Harvey, avec la circulation du sang, apporte une impulsion nouvelle ; Malpighi, vers la même époque, pose les bases de l'anatomie pathologique. L'évolution est lente mais inévitable. Bientôt, en 1762, la découverte de l'ulcération des plaques intestinales dans la fièvre typhoïde vient bouleverser toute la théorie ancienne des pyrexies. Puis vinrent Broussais, qui voulut faire une révolution de ce qui n'était qu'une évolution et fit en somme peu de chose ; Piorry, qui perfectionna la percussion déjà mise en honneur par Corvisart, enfin Laënnec, dont la grande découverte, fondée sur une observation attentive des malades et des lésions, fut complète en trois ans, ensuite Bouillaud, aidé des études de Corvisart et de celles de Laënnec, établit la séméiologie cardiaque.

Aujourd'hui, l'histologie et la chimie ont ajouté à nos moyens d'investigation une instrumentation perfectionnée. Mais la séméiologie n'en garde pas moins son importance, car au lit du malade ce sont encore les symptômes qui guideront le diagnostic, le pronostic et le traitement. Aujourd'hui, après avoir étudié avec Virchow le siège des maladies et les altérations cellulaires, on a découvert que ces altérations étaient souvent dues à des agents extérieurs, puis que ce n'étaient pas ces agents eux-mêmes qui étaient nuisibles mais leurs sécrétions. Nous avons avancé considérablement. Mais pour cela la séméiologie a-t-elle perdu de sa valeur primitive ? Nullement. Car l'expérimentation nous montre que les agents extérieurs ne sont pas tout, qu'il faut encore certaines conditions pour leur permettre d'envahir l'organisme ou de devenir à un certain moment pathologiques, alors qu'ils ne le sont pas normalement. Les expériences nous font mieux comprendre les choses que nous a montrées la séméiologie, mais tout ce que nous a appris l'observation n'en reste pas moins debout et la séméiologie reste une partie d'autant plus importante de la médecine que nos moyens d'investigation sont plus parfaits.

Cours de Pharmacologie.— M. le Pr G. Pouchet.

M. le Pr POUCHET a inauguré son cours de Pharmacologie le samedi 5 novembre, au petit amphithéâtre de l'Ecole.

Il se propose cette année de faire l'étude des alcaloïdes et, rentrant de plain-pied dans le corps de son sujet, il commence par établir une définition de ces substances si complexes dans lesquelles la présence de l'azote est constante et caractéristique.

Primitivement l'on donnait le nom d'alcaloïdes à des principes actifs capables de former avec les acides des sels, principes retirés exclusivement des végétaux. Aujourd'hui la définition s'étend également aux principes actifs retirés des animaux ; et, à tout bien considérer, ces derniers sont plus nombreux que les autres.

L'histoire de cette définition nous explique comment l'étude des alcaloïdes a pris son premier essor dans l'analyse immédiate des végétaux. L'analyse des végétaux présente de grandes difficultés, à cause de la multiplicité des substances qu'on y rencontre. Prenons un exemple : l'opium. Ce produit végétal contient, comme alcaloïdes principaux : de la morphine, de la narcotine, de la codéine, de la papavérine, de la narcéine, de la thélaïne. Il faut y ajouter des acides : l'acide maconique, l'acide lactique, l'acide malique. Enfin, une matière colorante et odorante, du caoutchouc, des résines, une matière grasse, du mucilage, de la gomme.

Cette énumération montre bien la complexité des substances végétales ; et combien difficile est l'étude des alcaloïdes. Nous n'avons pas la prétention de résumer le cours du maître ; nous avons voulu montrer la difficulté des études qu'il a entreprises. M. le Pr Pouchet est l'homme du monde qui sait le mieux ses alcaloïdes ; il est l'un des savants qui ont fait le plus pour l'avancement de cette partie des sciences chimiques. Son cours est le plus savant de tous, l'un des mieux faits. Nous croyons de notre devoir de recommander aux étudiants une grande assiduité à ces cours ; ils n'y apprendront pas seulement la chimie pure et simple, mais aussi les applications de la chimie à la médecine ; et encore l'esprit de méthode, car c'est là, semble-t-il, la caractéristique de M. le Pr Pouchet.

Cours de Pathologie expérimentale. — M. le Pr Sraus.

M. le Pr Straus a ouvert cette année son cours vendredi dernier, à 4 heures. Il a lieu, comme les autres années, dans l'amphithéâtre particulier du professeur, ce qui facilite beaucoup les démonstrations pratiques. En effet, le cours de bactériologie, tel que le comprend le professeur, doit être surtout un cours de démonstrations visuelles. Les principaux microbes pathogènes seront passés en revue, non pas seulement au tableau, mais avec présentation de cultures d'animaux, de façon à mettre le plus possible l'auditeur en contact avec la réalité. La première leçon, fort intéressante et très documentée, était consacrée à l'historique de la bactériologie et à l'orientation nouvelle que lui donnent les travaux récents sur les toxines. Les lecteurs de ce journal connaissent assez la clarté et le souci de la phrase qui caractérisent M. Straus pour que nous ayons pas à le leur rappeler.

Cours de Physiologie. — M. le Pr Richet.

Vendredi, à cinq heures, M. le Pr Richet a inauguré son cours dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Il n'est pas besoin de dire que l'assistance était nombreuse et que des bravos répétés ont salué, suivant l'habitude, l'entrée du maître. La manière de professer de M. Richet est on ne peut meilleure ; il s'attache à être fort simple, et, malgré la hauteur de ses vues, il sait rester clair.

Après une définition fort courte, mais suffisante et complète du mot de *Physiologie*, qui étymologiquement signifie *science de la vie*, mais qui s'emploie pratiquement dans un sens plus restreint, le maître entre de plain-pied dans son sujet et commence l'étude de la nutrition. Il expose les généralités concernant cette grande fonction primordiale, s'arrêtant un moment à l'éloge de Magendie qui fit faire un si grand pas, le premier à vrai dire, à l'étude de la nutrition.

Nous ne voulons pas donner ici un résumé de ce premier cours ; nous avons tenu seulement à dire combien la méthode de M. le Pr Richet nous paraissait judicieuse et profitable. Les élèves ont le livre où ils trouveront le fait détaillé, l'analyse ; mais c'est au cours qu'ils apprendront à regarder de plus haut : ils y feront de la Physiologie synthétique.

Cours d'Anatomie. — M. le Pr Farabeuf.

Nous avons eu beaucoup de peine pour trouver une place, vendredi dernier, à 4 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole. C'est que M. le Pr Farabeuf y faisait son premier cours de l'année, et les cours de ce maître sont une bonne fortune pour les élèves ; ils le savent et tous veulent en profiter. Comme leur besogne est en effet simplifiée par ces leçons toutes de clarté, de précision ! Pas un point exposé qui ne soit éclairé par un dessin au tableau. Un bon professeur d'anatomie doit être doublé d'un dessinateur, et à ce point de vue M. Farabeuf est parfait. Aussi enseigne-t-il surtout avec son crayon. On nous pardonnera de ne pas résumer son cours ; il faudrait couvrir tout le journal de figures représentant les coupes à des hauteurs différentes de la colonne vertébrale, nous ne voyons nulle manière autre de nous en tirer. Les élèves le savent et c'est pourquoi ils étaient tous armés de crayons, de pastels. L'on aurait pu se croire à une leçon de dessin ; en réalité l'on assistait à la plus pratique et à la mieux faite des leçons d'anatomie.

Cours de Chimie médicale.— M. le Pr A. Gautier.

Le cours a commencé samedi 4 novembre devant un nombreux auditoire. Après quelques conseils préliminaires le professeur s'est attaché à montrer quels liens étroits unissaient les sciences exactes expérimentales, physique, chimie, histoire naturelle, anatomie, à l'art médical. Sans ces sciences pas de physiologie possible et c'est sur la physiologie que reposent nos connaissances fondamentales. Sans ces sciences pas de pathologie, car si on n'examine que l'extérieur des choses on ne voit pas la relation des symptômes à la maladie. L'anatomie va déjà un peu plus loin séparant les organes les uns des autres, étudiant leurs rapports et leurs connexités, l'histologie la complète par l'étude des tissus et de la cellule. C'est dans la cellule qu'est la vie, c'est dans la cellule aussi qu'est la maladie. Afin de pénétrer le secret des altérations qui la produisent, la chimie seule intervient en dernier ressort.

Mais pour arriver à pénétrer la véritable utilité de ces sciences il faut commencer par en étudier les lois générales. La chimie, en effet, étudie la matière et ses transformations. Qu'on considère les animaux ou les corps bruts on voit qu'il entre dans la composition des uns et des autres beaucoup d'éléments divers. Si nous considérons la matière vivante nous y trouvons une complexité énorme. Pour les minéraux il en est de même. Donc les corps bruts de même que les corps vivants ne sont pas homogènes, il nous faut donc pour pénétrer leur nature intime un point de repère, une boussole. Or, pour les éléments matériels il est une propriété commune, c'est la *pesanteur*. Chaque variété de corps matériel a un poids. Celui-ci est la résultante d'une force qui est l'attraction de la terre sur les corps qui l'environnent. Or, quels que soient les changements physiques que subissent les corps, le poids de leurs éléments ne changera pas. Si on décompose par exemple du gaz ammoniac par la chaleur ou l'électricité, il donnera

2 volumes d'azote et 3 volumes d'hydrogène. Voici donc un gaz qui se résout en deux autres différents par leurs propriétés. De même on peut décomposer l'acide sulfurique en acide sulfureux hydrogène et eau. Mais quelles que soient les transformations subies, les corps formés donneront toujours un poids équivalent à celui des éléments constituant le corps primitif. Donc les corps en agissant les uns sur les autres ne changent pas de poids. Si maintenant on soumet un corps, de l'alcool par exemple, à l'action du froid on le voit prendre un volume plus petit. Si au contraire on chauffe le corps jusqu'à le volatiliser, et tous les corps sont volatilisables par la chaleur à condition que celle-ci soit suffisante, on obtiendra une division à l'infini des molécules qui composent le corps. Or, tous les gaz et vapeurs à état de gaz parfait contiennent le même nombre de molécules, ou, en d'autres termes, les mêmes volumes de gaz contiennent toujours, quelle que soit la nature du gaz, le même nombre de molécules. Les poids des molécules seront donc entre eux comme les densités de vapeur des deux corps comparés. C'est donc par la détermination de ces densités de vapeur qu'on pourra différencier les corps. Il existe pour mesurer ces densités deux méthodes qui font l'objet des deux expériences qui terminent cette première séance.

Cours d'Histologie. — M. le Pr Mathias Duval.

M. Mathias Duval a inauguré son cours d'Histologie, samedi 5 novembre, à 4 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine.

Comme les années précédentes, les auditeurs étaient on ne peut plus nombreux, et le maître a été accueilli comme d'habitude par des bravos nourris et répétés.

Dans sa première leçon, M. Mathias Duval expose l'évolution des études histologiques. La science, pendant bien longtemps, dut se borner à l'étude des organes et des appareils, et ce n'est qu'en 1801 que notre grand Bichat fonda l'anatomie générale ; c'est lui qui eut, le premier, l'idée de génie d'étudier les parties constituantes semblables, et, en examinant la méthode à laquelle il eut recours, on comprend ce qu'a été la première période de l'anatomie générale.

Vers 1830, le microscope fut appliqué méthodiquement à l'étude des choses que Bichat appelait des systèmes ; à peine le microscope fut-il appliqué à l'analyse qu'on reconnut que chacun d'eux est toujours composé des mêmes éléments : *éléments anatomiques.*

L'élément anatomique trouvé on le vit constitué (pour ainsi dire à la façon d'une étoffe) de cellules, de fibres, comme tissées, d'où le mot tissu. Au mot système voici donc que se substitue le mot tissu, plus vrai, plus exact ; à celui d'anatomie générale celui d'histologie : histologie ou étude des tissus. En réalité, l'histologie domine la physiologie et la pathologie qui lui sont tributaires.

M. Mathias Duval appuie cette assertion d'exemples saisissants ; il prend particulièrement le leucocyte et la phagocytose et, à ce propos, rappelle le grand nom de Pasteur aux applaudissements de tous.

Ces notions générales exposées, le maître, avant d'étudier chaque tissu en particulier, exposera l'histoire de la cellule. Nous n'avons pas à faire l'éloge de M. le Pr Mathias Duval ; chacun connait et son grand talent d'orateur et sa science si sûre ; mais, vraiment, ceux des derniers rangs de l'amphithéâtre regrettent de ne pas tout entendre; nous, qui les occupions, nous l'avons d'autant plus regretté que notre compte rendu restera, de ce fait, insuffisant et incomplet.

Cours de médecine légale. — M. le Pr Brouardel.

M. le Pr Brouardel a inauguré, le 9 novembre, la seizième série de ses leçons de médecine légale à la Morgue. Il rappelle en commençant qu'à son origine cet enseignement fut à peine toléré, parce qu'il éveillait la défiance des magistrats, craignant de la part des étudiants des indiscrétions préjudiciables aux enquêtes judiciaires. Depuis que l'enseignement existe, aucune indiscrétion n'a pu être mise sur le compte des auditeurs. Aussi, l'enseignement de la médecine légale, qui peut se faire à Paris dans des conditions presque uniques à cause de l'existence de la Morgue, va-t-il prochainement pouvoir être bientôt fait dans un Institut médico-légal adjoint à la Morgue, où se feront à la fois les recherches judiciaires et l'enseignement. En attendant, le professeur présente aux auditeurs un cas de mort subite par défenestration. Il montre dans le présent cas quelle difficulté il peut y avoir à établir quelles sont les lésions qui appartiennent à la chute proprement dite et celles qui peuvent résulter de la lutte qui a précédé la chute par la fenêtre. Dans la constatation des ecchymoses, deux conditions peuvent tromper. Dans les premières vingt-quatre heures, l'aspect primitif peut changer, le sang épanché pénètre les tissus sous-jacents en suivant le sens des aponévroses, de sorte que la contusion ne garde pas longtemps la forme de l'instrument contondant. L'aspect du sang change de caractère à mesure qu'on s'éloigne du moment où s'est produite l'ecchymose, mais ces changements ne sont pas assez réguliers pour qu'on puisse déterminer, grâce à eux, l'âge d'une ecchymose. Il peut être intéressant aussi de savoir si une contusion a été produite avant ou après la mort de la victime. On admet généralement que la contusion faite après la mort ne donne pas lieu à un épanchement de sang et que, tout au contraire, cela a lieu quand la victime respire encore. Or, rien n'est plus variable, et on peut trouver des contusions non suivies d'ecchymoses, bien que la contusion ait eu lieu pendant la vie, et alors que l'individu a toutes les apparences de la mort, il se peut que le cœur, qui est en somme l'*ultimum moriens*, chasse encore dans les artères un peu de sang dont la pression suffit à provoquer l'extravasation au niveau des points contus. Il faut donc dans les réponses sur ces questions garder la plus grande réserve. Les contusions de l'abdomen ne donnent généralement pas lieu à des ecchymoses de la paroi, et, cependant, des lésions internes graves peuvent être produites, par exemple une rupture de l'intestin. Dans les cas de chute du haut d'une fenêtre, il peut y avoir des signes de commotion cérébrale et notamment une transsudation du liquide céphalo-rachidien sous la pie-mère. Duret, après des expériences faites sur des chiens, admet que le choc déterminerait une sorte d'aplatissement du crâne amenant une pression sur le liquide céphalo-rachidien qui, pressé, franchirait les trous de Monro et envahirait les 3e et 4e ventricules. Quoi qu'il en soit de la théorie, il est certain que dans les cas de commotions cérébrales on constate souvent ces lésions, des fractures accompagnent aussi souvent la défenestration, elles intéressent, en général, les gros os des membres. Dans le cas présenté, il y avait fracture des apophyses et des lames des trois dernières vertèbres lombaires.

Cours de Pathologie interne. — M. le Pr Dieulafoy.

Dans sa leçon d'ouverture qui a eu lieu samedi dernier à 3 heures dans le grand amphithéâtre de l'Ecole, M. le Pr Dieulafoy a commencé l'étude de la syphilis du nez. Il s'occupe d'abord de l'accident primitif, le chancre, qui pré-

sente deux types : il est cutané ou muqueux. Dans le premier cas il est croûteux, dans le second cas il est membraneux, diphtéroïde, la membrane enlevée apparaît l'ulcération rouge jambon, point important pour le diagnostic.

Dans les deux cas il y a adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire. Avant d'aborder l'étude détaillée de ces manifestations primitives de la syphilis nasale, M. le Pr Dieulafoy a tenu à donner un schéma de la structure de la région.

Il étudiera ensuite la syphilis secondaire donnant d'abord un tableau général des syphilis secondaires, et prenant ensuite, pour en faire une étude plus détaillée, les types de syphilis secondaires du nez.

La série des cours portera sur les maladies des voies respiratoires. Le procédé employé par le professeur a de réels avantages. Sur un tableau noir le plan détaillé de la leçon est écrit, et M. Dieulafoy suit ce plan pas à pas. Cela jette une vive clarté sur les questions. Nous imaginons que les futurs candidats à l'internat doivent être heureux de cette besogne toute faite ; mais tout le monde y trouve son profit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 *octobre* 1892. — PRÉSIDENCE DE M. LACAZE-DUTHIERS.

M. KETSCHER. — *De l'Immunité contre le choléra conférée par le lait.* Ehrlich a démontré la possibilité de conférer l'immunité contre les intoxications et l'infection au moyen du lait des animaux vaccinés, pour le tétanos, etc. Pour le bacille virgule nous avons injecté des cultures virulentes à deux chèvres par la voie sous-cutanée, intrapéritonéale et intraveineuse. 5cc. du lait de la chèvre vaccinée vaccine les cobayes contre une dose mortelle de bacilles virgules, quel que soit le point où l'injection est faite. Le lait de chèvres non vaccinées ne possède aucun pouvoir immunisant. Le lait d'une chèvre vaccinée contre le bacille virgule, injecté dans le péritoine du cobaye, non seulement les vaccine contre une infection future, mais guérit aussi la maladie déclarée. V. MORAX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 *octobre* 1892. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. BROWN-SÉQUARD, en son nom et au nom de M. D'ARSONVAL, fait une communication d'ensemble sur les *injections de liquides organiques.* Il insiste d'abord sur l'innocuité absolue de ces injections qui ont été pratiquées jusqu'à ce jour sur plus d'un millier de malades. On a employé les sucs des différentes glandes de l'économie. Les résultats ont été surtout remarquables dans l'ataxie locomotrice, la tuberculose pulmonaire et même le cancer, dans lequel on observe une amélioration remarquable de l'état général et même de l'état local.

MM. PILLIET et CATHELINEAU ont étudié l'action *sur le rein et l'intestin du bichlorure de mercure* employé à la dose toxique minima. Les cellules se creusent d'abord de vacuoles qu'elles expulsent, puis tombent nécrosées. Les vaisseaux sont congestionnés, dilatés, et laissent passer le sang en nature. Les lésions observées chez l'animal, chien ou lapin, ne diffèrent en rien de celles qu'on rencontre chez l'homme dans l'intoxication par le sublimé.

M. ROGER communique l'observation d'un malade qui fut pris de *septicémie à la suite du choléra.* L'agent de cette septicémie fut isolé et cultivé : c'est un petit bacille mobile, ovalaire, à extrémités arrondies, doué d'un pouvoir fermentatif assez intense. L'inoculation aux animaux donne une septicémie vraie, sans abcès à l'autopsie.

M. HÉNOCQUE fait une communication sur l'*examen du sang par la méthode spectroscopique* et montre que cette méthode est maintenant rendue assez pratique pour entrer dans la clinique courante et donner des résultats exacts.

M. CHARRIN annonce que les animaux provenant de parents vaccinés tous deux contre la *maladie pyocyanique* présentent une certaine résistance à l'infection par cette maladie. Il n'en est pas de même quand un seul générateur est vacciné.

M. GAMALEIA présente une note de M. Ketscher sur l'*immunité contre le choléra conférée par le lait de chèvres vaccinées* introduit dans le péritoine des cobayes.

Séance du 5 *novembre* 1892. — PRÉSIDENCE DE M. LAVERAN.

MM. BROWN-SÉQUARD et DEBOUT communiquent une série d'observations de malades atteints de parésie, d'affaiblissement ou d'ataxie, qui ont été améliorés par les *injections de suc testiculaire.* L'un de ces malades, présenté par M. Debout, ne serait peut-être atteint, d'après M. Déjerine, que de rhumatisme.

M. OUSPENSKI envoie une note, lue par M. BROWN-SÉQUARD, sur le succès des *injections de suc testiculaire* dans les cas graves de choléra. L'auteur a observé huit guérisons sur dix cas extrêmes. M. Brown-Séquard insiste à ce propos sur la technique des injections de suc testiculaire et proclame que l'injection sous-cutanée est beaucoup plus sûre dans ses effets dynamogéniques et nutritifs que l'absorption rectale et surtout gastrique.

M. CHARRIN a étudié la *dissémination du bacille pyocyanique*, et il a constaté que chez les animaux inférieurs, vers de terre, mouches, chez les plantes, et en particulier le cactus, ce microbe inoculé perdait rapidement ses propriétés chromogènes et subissait des changements morphologiques importants.

M. HENOCQUE revient sur son procédé d'*analyse spectroscopique du sang.* Il a d'abord constaté, en le contrôlant avec des solutions titrées, l'excellence de son analyseur et a recherché la teneur en oxyhémoglobine des différents points de la surface cutanée. Les muqueuses, lèvres, paupières, la peau du nouveau-né sont plus riches en oxyhémoglobine que la peau normale.

M. Ch. RICHET présente un singe ayant subi sans aucun danger et même presque sans accidents locaux l'inoculation du *bacille de la tuberculose aviaire.* Il en a été de même dans un autre cas. Le singe serait donc, comme le chien, à peu près réfractaire à cette variété de tuberculose.

M. MAROT donne les caractères différentiels d'*un streptocoque de la bouche* rencontré dans des cas d'angine chez des personnes saines, qui ne paraît point pathogène, mais donne des cultures sur la pomme de terre à l'étuve, d'une manière très précoce, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures.

M. GLEY adresse une note sur les *effets de la destruction lente du pancréas.* A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 *novembre* 1892. — PRÉSIDENCE DE M. A. REGNAULD.

M. HAYEM communique le résultat du *traitement des cholériques à l'hôpital Saint-Antoine*, appliqué par M. Lesage dans son service. Ce traitement a consisté dans le lavage de l'estomac à l'eau bouillie ou à l'eau boriquée et la limonade lactique, contre les troubles gastro-intestinaux ; les bains à 46° et les injections intra-veineuses de sérum artificiel, contre le collapsus et l'algidité. M. Lesage, au lieu d'attendre, comme on le faisait jusqu'alors, pour opérer la transfusion, que le pouls ait disparu, la pratiquait dès que le pouls était très affaibli, ou qu'après un certain nombre de bains chauds le choc artériel ne s'était pas relevé. Sur 251 malades adultes, 149 sont sortis gué-

ris. La mortalité a donc été de 40,6 0/0 ; 11 malades sont morts avant tout commencement de traitement, ce qui porte la mortalité à 37,9 0/0 seulement. L'âge ayant une influence considérable sur les résultats du traitement, il faut grouper les cas en deux catégories : ceux de plus de cinquante ans et ceux au-dessous de cinquante ans. La mortalité a été de 56,3 0/0 pour la première catégorie, et de 50,17 0/0 pour la seconde. Les formes principales sont au nombre de trois : forme algide grave, forme algide de moyenne intensité, et forme non algide. Les résultats du traitement sont supérieurs à ceux de 1884, où la mortalité a été de 51 0/0 environ, ce qui peut s'expliquer en partie, d'ailleurs, par une moindre proportion des cas graves. Le traitement a été surtout efficace sur les malades âgés de moins de cinquante ans. Au-dessus de cet âge, la maladie est trop grave pour paraître sensiblement influencée par un traitement quelconque.

M. Semmola (de Naples) rapporte les résultats du *traitement radical du saturnisme chronique par l'élimination du plomb par les urines, sous l'influence des courants continus*, qui activent les échanges nutritifs et produisent un mouvement de désassimilation rendant plus facile l'élimination du plomb quand les reins sont sains. Ce traitement a amené la guérison complète dans 15 cas de coliques simples et de paralysie des muscles extenseurs ; une grande amélioration dans 8 cas de cachexie avec albuminurie, mais n'a produit aucun résultat dans deux cas d'encéphalopathie avec artério-sclérose. P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 octobre. — Présidence de M. Desnos.

M. Mathieu a vu depuis la dernière séance un nouveau cas de *crises gastriques* chez un malade atteint de *néphroptose* c'est le 8e depuis deux ans. Ce qui fait la différence des observations de M. Guyot c'est que celui-ci prend pour point de départ des malades chez lesquels le rein mobile a été constaté avant l'apparition des vomissements qui peuvent ne point toujours se rencontrer. Tandis que si on recherche chez les individus atteints de crises gastriques la situation du rein on trouve souvent celui-ci abaissé.

M. Legendre a assisté à l'expérience dont parlait M. Debove mais le bruit produit par l'intestin malaxé ne ressemble en rien au clapotage gastrique. On peut remarquer d'ailleurs que lorsque celui-ci n'existe pas chez les dilatés il suffit pour le faire apparaître de faire boire au malade un peu de liquide ; aussitôt que celui-ci a pénétré dans l'estomac le clapotage devient distinct.

M. Hervieux dépose sur le bureau de la Société son rapport à l'Académie de Médecine sur la *revaccination.* De ce travail il ressort : que la revaccination est le meilleur moyen d'arrêter les épidémies, qu'on peut les faire entièrement disparaître par des revaccinations répétées. Que des collectivités revaccinées peuvent rester indemnes dans les milieux contaminés.

M. Babinski présente 3 malades atteints de *paralysie faciale hystérique systématique.* On doit entendre par là les paralysies dans lesquelles un ou plusieurs systèmes de mouvements de la face sont paralysés tandis que les autres restent intacts. Chez le premier malade, à l'état de repos, la déviation de sa la bouche est très peu prononcée, il peut parler et siffler. Le second avait eu en même temps que la paralysie faciale une paralysie du membre supérieur droit qui disparut immédiatement par l'application d'un courant faradique. Le 3e fut aussi atteint de perte de connaissance avec hémiplégie gauche qui guérit par l'électrisation ; repris cette année il présentait en outre une hémiplégie faciale en apparence complète. Cependant quand il sifflait les 2 lèvres gauches se rapprochaient. Lorsqu'il soufflait la commissure s'appliquait aux gencives. Il s'agissait donc d'une paralysie systématique. C'est la règle dans ces sortes de paralysies que presque toujours une anomalie mette le médecin sur la voie de leur origine hystérique. La déviation de la bouche paraît liée dans ces cas à des phénomènes spasmodiques. Chez le 2e malade notamment il s'agit nettement d'une contracture ; on ne peut cependant soutenir qu'il en soit ainsi dans tous les cas, mais la réalité de la paralysie n'est pas non plus démontrée.

M. Ballet remarque que les malades présentés par M. Babinski répondent à une observation de M. Féré disant qu'il faut un plus grand effort pour tirer la lèvre en arrière que pour parler. L'un des malades en effet remue les lèvres pour parler mais ne peut la remuer pour la tirer en arrière. Quant à la cause de l'abaissement de la commissure on ne peut contester que dans certains cas elle tienne au spasme, mais il en est d'autres où le spasme n'existe pas. Chez ce malade même, la contracture recherchée à une époque antérieure n'existait pas, c'était donc alors de la paralysie.

M. Babinski. — Mais à quel signe M. Ballet peut-il reconnaître la paralysie ?

M. Ballet. — Ne fait pas preuve des choses négatives. Or on ne trouvait pas de contracture, il y avait donc paralysie.

M. Galliard communique un travail sur les *formes du choléra en* 1892 au bastion 36. L'épidémie se distingue par la lenteur de son développement, le peu de victimes qu'elle a faite dans les agglomérations. Il y a un mélange de cas rapides et de lents. La proportion de guérisons qui a été de 33 % aurait été plus faible sans la transfusion intraveineuse. Les formes doivent être distinguées en foudroyantes (20 heures), galopantes (5 jours), lentes (celles qui dépassent 5 jours).

Dans la forme foudroyante pas de prodromes, l'algidité, l'hypothermie, l'asphyxie coïncident, la conscience est quelquefois conservée. La transfusion prolonge ces malades et elle a donné 3 guérisons, chez une petite fille de 10 ans ou elle fut faite à la 12e heure, chez une femme de 28 ans et chez un homme de 32 ans, les accidents remontaient à 2 jours la transfusion fut faite à la 15e heure. Dans la forme galopante, commune en 1892, l'influence de la transfusion est grande et on a le temps d'agir. Elle a toujours relevé les malades et retardé la mort, plusieurs malades ont été guéris. Dans les formes lentes on peut distinguer 3 variétés ; la première gastro-intestinale qui, 1° arrive lentement au collapsus et à la mort avec anéantissement et algidité ou hyperthermie avec congestion et broncho-pneumonie ; 2° arrive à la guérison avec état fébrile le 10e jour. La 2e variété s'accompagnant de démence passagère chez les vieillards, de délire de paroles chez les plus jeunes avec cholécystite et angiocholite ; la transfusion a échoué. La 3e variété neurasthénique avec consomption et marasme ; le malade souvent couché en chien de fusil comme dans la méningite, mais sans contractures, ni paralysies. Cette variété paraît particulière aux femmes enceintes. Transfusion inutile. Comme manifestations tartives les crises sont rares ; le épistaxis et hémorrhagies paraissent sans valeur pronostique, de même que les exanthèmes ; rencontrés 21 fois, 8 malades ont succombé. Ils se sont montré après le 14e jour, limités à certaines régions, d'aspect le plus souvent morbilliforme, scarlatiniforme, pseudo-ortié, rarement papuleux. Desquammation en lambeaux. Les réactions, quand elles ont existé n'ont pas été conformes à celles des auteurs. Les réactions fébriles notamment ont manqué.

Election. — A la fin de la séance M. Bezy est déclaré élu à l'unanimité membre correspondant. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 novembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

Kyste séro-sanguin de la rate.

M. Terrier. — J'ai observé, l'année dernière, un kyste séro-sanguin de la rate chez une femme âgée de 33 ans, qui venait d'avoir successivement les oreillons et une angine diphtérique ; en prenant une douche froide elle reçut le jet de la douche sur la partie latérale gauche de l'abdomen et ressentit à ce niveau une douleur assez vive, qui persista. L'examen de la région, qu'on fit à ce moment, ne montra rien d'anormal. Mais bientôt une tuméfaction apparut dans la région de la rate, et acquit bientôt un développement assez considérable ; indépendamment des douleurs locales, la malade se plaignait de troubles digestifs, et son état général devint rapidement assez grave pour qu'on songeât à une intervention possible. Quand je l'examinai, je trouvai en effet

une tumeur sphérique grosse comme deux poings, fluctuante en quelques points, mobile seulement dans le sens latéral, et fixée vers le haut par une sorte de prolongement. J'hésitai entre un kyste de l'épiploon et un kyste de la rate. Celle-ci pouvait en effet présenter des lésions en rapport avec les deux maladies infectieuses antérieures, et le traumatisme invoqué par la malade pouvait en outre avoir joué un certain rôle dans l'évolution. Je fis la laparotomie, avec l'assistance de M. Quénu, et je trouvai, au milieu d'une masse épiploïque, un gros kyste développé aux dépens de la rate et renfermant un liquide sanguin, que j'évacuai. Je réséquai ensuite toute la paroi du kyste, qui s'était manifestement formé au-dessous de la capsule décollée. La malade présente encore actuellement une tuméfaction anormale de la rate et souffre quelquefois au niveau de la région correspondante, mais elle a pu toutefois reprendre complètement sa vie habituelle. Ces kystes séro-sanguins de la rate sont relativement rares. La première observation d'un gros kyste de ce genre a été publiée en 1838 dans les bulletins de la Société anatomique. On cite également un cas signalé par Leudet, le cas de Péan, suivi d'ablation de la rate, en 1867, un cas récent de Villeneuve (de Marseille), dans lequel il s'agissait en réalité d'un kyste séro-sanguin siégeant dans l'épiploon, et enfin deux observations anglaises, dont une est due à Spencer Wells. Il est à remarquer que les auteurs pensent généralement que les kystes séro-sanguins de la rate ne peuvent pas se produire à la suite d'un traumatisme, alors que, dans mon cas, le traumatisme paraît avoir exercé une certaine influence.

Des kystes hydatiques de la rate; traitement par les injections de sublimé.

M. Terrier. — Je désire ajouter quelques mots sur le traitement des kystes hydatiques par les injections de sublimé, à propos de ce qui a été dit dans la dernière séance. M. Mesnard a fait le premier des injections de liqueur de Van Swieten dans un kyste hydatique, mais ce kyste était suppuré. Or, à mon avis, la méthode des injections de sublimé, que l'on emploie le procédé de M. Mesnard, celui de Baccelli, ou celui de M. Debove, n'est applicable qu'aux kystes hydatiques non suppurés, pour lesquels on doit encore distinguer certaines indications et contre-indications.

M. Monod. — L'examen histologique de la tumeur dont je vous ai parlé dans la dernière séance a montré qu'il s'agissait, non pas d'un kyste hydatique suppuré, mais d'une collection suppurée et enkystée, située dans l'épaisseur de la rate; il n'y avait pas de microbes dans le pus. Je crois que des faits analogues à celui-là sont véritablement rares; Portal est le seul auteur qui, autant que j'ai pu en juger par des recherches bibliographiques sommaires, parle d'abcès qui, dans certains cas, détruisent tout le tissu de la rate et le réduisent à une poche limitée par une paroi fibreuse.

M. Tuffier. — J'ai observé à Beaujon, chez une femme, une tumeur volumineuse siégeant dans l'hypochondre gauche, et présentant un bord tranchant très net, ce qui facilita le diagnostic. Une première ponction avait ramené du liquide hydatique, et, dans une ponction ultérieure, faite après une élévation de température assez considérable, on trouva du pus. Je fis une laparotomie latérale et je trouvai un kyste développé dans la rate et renfermant de nombreuses hydatides; le pus, examiné par MM. Chantemesse et Widal, renfermait du colibacille.

M. Bouilly. — J'ajouterai simplement à ce que j'ai dit précédemment que le principe de la méthode de traitement des kystes hydatiques par les injections de sublimé appartient en tous cas à M. Mesnard.

M. Marchand. — Les injections de sublimé peuvent échouer dans le traitement des kystes hydatiques; c'est ainsi que j'ai vu, 14 mois après l'application de cette méthode, une récidive se produire, accompagnée cette fois de suppuration.

M. Pozzi. — Il n'est cependant pas douteux que de simples lavages au sublimé puissent, dans quelques cas, suffire à amener la guérison de collections purulentes.

Hernies enkystées de la grande lèvre chez la femme.

M. Terrillon. — J'ai eu à la Salpêtrière 2 cas semblables à celui que M. Berger a rapporté dans la dernière séance. Dans le premier de ces cas, je fus appelé à intervenir pour une tumeur bilobée qui, siégeant dans la grande lèvre et s'insinuant dans le canal inguinal, présentait tous les caractères d'une hernie étranglée. Après avoir incisé un premier sac, à paroi épaisse, et recouvert de grosses veines, comme dans le cas de M. Berger, je prolongeai mon incision sur le trajet du canal inguinal, pour découvrir le lobe supérieur de la tumeur, et je trouvai un second sac renfermant de l'épiploon et de l'intestin étranglé. Après avoir levé l'étranglement et réduit l'intestin et le pédicule de l'épiploon réséqué, je fis une cure radicale et je trouvai alors un cordon qui me parut être le ligament rond. Dans ma dernière observation, il s'agissait d'une femme de 62 ans qui présentait une petite tumeur, grosse comme un œuf de poule, siégeant dans la grande lèvre, sans qu'on pût rien sentir à cause de l'embonpoint de la malade, du côté du canal inguinal; cependant c'était de ce côté que la malade accusait surtout de la douleur. Après avoir ouvert un premier sac qui ne renfermait rien d'anormal, je dirigeai mon attention vers le canal inguinal et je trouvai, au-dessous de la poche déjà ouverte, un petit sac qui renfermait une masse épiploïque de la grosseur du pouce. Je fis une cure radicale et ma malade guérit, comme la première. Cette observation montre suffisamment l'erreur que l'on pourrait commettre, dans les cas de ce genre, si on négligeait la hernie pour ne s'occuper que de la poche inférieure.

M. Berger. — On évitera toujours cette erreur si, en opérant une hernie inguinale, on prend toujours la précaution d'inciser largement la paroi antérieure du canal inguinal, ce qu'on doit faire également pour obtenir une bonne cure radicale.

Hypertrophie de la rate, ascite; laparotomie exploratrice, guérison.

M. Marchand. — L'observation que nous a adressée M. Raymond (de Limoges) a trait à une femme, âgée de 38 ans, qui avait déjà subi plusieurs ponctions pour une ascite considérable, et qui avait eu des accidents palustres dès l'âge de 7 ans. A la suite d'une de ces ponctions, on avait constaté l'existence d'une rate très volumineuse. L'état général allait en s'aggravant, et M. Raymond se décida à faire une laparotomie, pour pratiquer l'ablation de la rate, mais l'opération resta exploratrice, car on put reconnaître qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie de l'organe et l'on referma l'abdomen. Il y eut une amélioration notable dès le lendemain, et l'ascite ne se reproduisit pas. Quelques mois plus tard, la rate avait diminué notablement de volume. On devait, en effet, abandonner dans ce cas l'idée d'une ablation de la rate. Cette opération a en effet de mauvais résultats, pour des cas de rate hypertrophique simple, leucémique ou paludique; c'est ainsi que des statistiques donnent un seul succès pour 19 cas d'ablation de rate leucémique, et, pour 14 cas de simple hypertrophie, 13 morts et une seule guérison.

M. Terrier. — On aurait dû, dans le cas qui vient d'être rapporté, faire l'examen du sang, avant de songer à pratiquer une laparotomie dans le but d'extirper la rate.

M. Reynier présente une jeune fille de 16 ans, atteinte de *scoliose qu'il traite depuis deux ans avec un plein succès par le corset de Sayre.*

M. Monod présente un *gros lipome capsulaire du rein* enlevé par laparotomie.

Séance du 9 novembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

Gastro-entérostomie postérieure.

M. H. Delagénière (du Mans).— Un homme de 47 ans présentait depuis quelque temps des vomissements bilieux, une tumeur volumineuse au niveau de la petite courbure de l'estomac et était dans un état cachectique lamentable. Je lui fis, avec l'aide de mon ami, M. Marcel Baudouin, une laparotomie; puis, après m'être rendu compte de la lésion, je me décidai pour une gastro-entérostomie postérieure. L'intestin était malade, rétréci par places, dilaté dans d'autres. Il me fut difficile de reconnaître le jéjunum, ce qui fit perdre un peu de temps. Sutures par le procédé de M. Terrier pour la cholécystentérostomie, avec une petite modification : je fis un double rang de sutures séro-séreuses. Les vomissements continuèrent le soir après l'opération et ce malade, très cachecti-

que, succomba au choc opératoire et peut-être à un fonctionnement insuffisant de la bouche anastomotique.

M. Delagenière conclut, de cette observation, à la nécessité absolue d'intervenir de bonne heure ; à l'opportunité des lavages préalables de l'estomac ; à la possibilité de faire l'anastomose en arrière ; à la difficulté de la recherche de l'anse jéjunale ; enfin à la nécessité, pour faciliter la formation de l'anastomose, d'interposer entre les deux séreuses accolées une virole en os décalcifié.

Intervention chirurgicale dans les grandes névralgies pelviennes.

M. Richelot. — Voilà un point de chirurgie délicat et difficile, car il s'agit de douleurs *sine materia* et d'opérations qui entraînent pour le chirurgien une grande responsabilité. Pourtant il faut absolument intervenir dans des états aussi douloureux. Pour ces cas-là j'ai fait soit une laparotomie, soit une laparotomie suivie d'hystérectomie vaginale, soit une hystérectomie vaginale d'emblée. J'ai eu des succès dans ces trois sortes de faits.

M. Reclus fait quelques réserves sur ces interventions.

M. Quénu demande à ce qu'on distingue les névralgies hystériques des névralgies vraies de l'ovaire ; il insiste ensuite sur la fréquence des ovaires scléro-kystiques chez les vieilles femmes.

M. Terrier. — Il est certain qu'il y a des femmes atteintes de douleurs intenses qui sont guéries par la castration ; mais le diagnostic d'hystérie est des plus délicats. Dans cette question très obscure, il importe d'avoir des examens histologiques très soignés, des diagnostics aussi poussés que possible. Il faut faire appel pour cela à toutes les compétences.

M. Lucas-Championnière insiste sur la valeur des opérations faites par M. Richelot ; il est intervenu bien des fois pour des douleurs, et cela avec les meilleurs résultats.

M. Verneuil trouve les résultats obtenus bien extraordinaires ; mais il ne faudrait pas négliger les soins médicaux.

M. Richelot présente, au nom du Dr Courtade, une *douille pour instruments servant en otologie*.

M. Monod présente un *spéculum nasi-bivalve* construit par M. Ruault.

M. Th. Anger montre un *molluscum pendulum* intéressant.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 9 novembre 1892. — Présidence de M. Labbée.

M. Bardet donne communication d'un mémoire de candidature de M. Bouchet, pharmacien à Poitiers, sur les *Tænifuges*. Cet auteur fait connaître une formule nouvelle : Diète la veille, 3 ou 4 perles d'éther le matin, une heure après avaler la décoction suivante :

Eau	800 gr.
Ecorce de racines de grenadier	60 gr.
Ecorce de moussena	60 gr.

Réduire en poudre grossière, faire bouillir, passer à travers un linge, arroser le résidu avec un peu d'eau, puis remettre au feu de façon à réduire à moins d'un verre. Une heure après survient généralement une abondante évacuation qui entraîne le tænia complet.

M. Lafage communique un travail sur l'emploi en thérapeutique d'un nouveau *produit cristallisé dérivé de l'essence d'eucalyptus, l'eucalyptéol* ou *bichlorhydrate d'eucalyptène*. Ce travail repose sur une statistique basée sur un certain nombre de faits observés tant à l'hôpital que dans la clientèle privée et fait ressortir les avantages que ce nouveau corps présente sur l'essence d'eucalyptus et l'eucalyptol dont il possède toutes les qualités sans en avoir les inconvénients. Très bien toléré par l'estomac, l'*eucalyptéol*, qui est complètement inoffensif, se décompose dans l'intestin en acide chlorhydrique et en eucalyptol qui est entraîné en partie dans l'économie. L'excès de bichlorhydrate agit localement sur le contenu de l'intestin où il exerce une action désinfectante et antiseptique des plus nettes, ce qui permet de l'utiliser avec succès, non seulement dans les affections des voies respiratoires, mais dans toutes les maladies de l'intestin, entérites, diarrhées, et, chaque fois que l'antisepsie intestinale s'impose comme dans la fièvre typhoïde, la diarrhée fétide, la diarrhée verte des enfants, etc.

M. C. Paul lit une note sur l'*antisepsie du tube digestif*. Il faut faire l'antisepsie de la bouche, de l'estomac et de l'intestin. J'ai montré que la saccharine était le meilleur désinfectant de la bouche. Mais là où le problème est plus difficile, c'est lorsqu'il s'agit de faire l'antisepsie des parties du tube digestif situées au-dessous et surtout de l'estomac. Certains malades ont des fermentations stomacales putrides ; ce sont plutôt des fermentations déviées que putrides (fermentations lactique ou butyrique). Il y a 2 ans, étant à Constantinople, je fus appelé par 2 médecins pour voir une malade On me dit qu'elle était atteinte de cancer de l'estomac ; cette femme était cachectique, anhélante. Depuis 2 mois, cette femme digérait mal, avait des vomissements perpétuels incoercibles ; ces vomissements avaient une odeur de putréfaction absolue ; les garde-robes étaient infectes. Elle résorbait constamment des ptomaïnes. Dès le début, n'ayant rien autre chose sous la main, je lui fis prendre une décoction de feuilles de sauge, de thym et de laurier, puis je lui administrai de la thériaque séchée et pulvérisée, je lui fis avaler du sirop de chloral et je la fis nourrir avec de l'eau de riz et de l'eau d'orge. Le soir, la malade ne vomissait plus ; le lendemain, après un purgatif, elle reprenait appétit. En trois semaines cette femme a augmenté de 7 kilos. Cette maladie est extrêmement rare ; je suis très heureux d'avoir pu obtenir cette guérison par des moyens simples, avec des espèces aromatiques.

M. Sané demande à M. C. Paul quelle vertu il attribue à la thériaque.

M. C. Paul. — Je donne de la thériaque parce que c'est un corps contenant des substances amères et aromatiques. Dernièrement, chez un homme atteint de cancer de l'estomac, avec des fermentations putrides, j'ai obtenu une diminution des symptômes de putridité avec l'antisepsie intestinale.

M. Bardet. — Il est très rare de voir des cas de troubles de l'estomac pris pour un cancer et surtout guérir. M. G. Sée mentionne un cas semblable dans son livre sur les dyspepsies. Il s'agit d'un malade envoyé par un confrère de province. Malgré la cachexie, M. G. Sée tenta l'antisepsie, il se produit de l'amélioration, des phénomènes gastriques. Il fit des lavages d'estomac, puis des lavages de l'intestin par lavements. Le malade a pu guérir et digérer. Dans le cas de M. C. Paul, je crois que le corps antiseptique qui a agi est le chloral, bien plutôt que la sauge, le thym, le laurier donnés en décoction.

M. Dujardin-Beaumetz. — On a décrit autrefois de nombreux cas de cancer à marche lente, cancer à longue portée, vivant très longtemps. Maintenant nous sommes en présence d'une forme nouvelle : la maladie de Reichmann. Les malades qui en sont atteints en meurent toujours au bout d'un certain temps. Il y a une différence entre cette maladie et le cancer, c'est que la maladie est de très longue durée. Cette dyspepsie répond probablement à ce que nous appelions les faux cancers. Cette maladie se caractérise par de la dilatation de l'estomac et de l'hyperchlorhydrie. Le malade maigrit, se cachectise et arrive à mourir, la durée est d'environ douze ans. Je crois qu'en faisant l'antisepsie stomacale on peut faire durer les malades atteints de cancer pendant un temps très long.

M. Labbée. — Quels sont les signes différentiels entre la gastrite putride et le cancer ?

M. C. Paul. — Parmi les cancers de l'estomac il y a deux formes. Dans la forme pylorique il y a dilatation de l'estomac, dans lequel restent des matières anciennes, et, quand le malade vomit, il rend des aliments avalés depuis cinq ou six jours. Ces vomissements sont aigres, ils ont une fermentation lactique, mais ils n'ont pas l'odeur fétide de la putréfaction. Les cancers de la petite courbure donnent lieu à des vomissements peu abondants et non fétides.

M. Bardet lit un mémoire sur le *traitement des dyspepsies*. Le nombre des formes de la dyspepsie est devenu extraordinaire et la classification en est rendue impossible. La maladie de Reichmann englobe un grand nombre de formes de dyspepsie. Elle aboutit fatalement à la mort quand elle peut se développer, mais on peut y faire rentrer les malades qui peuvent mourir s'ils ne se soignent pas. Ces malades peuvent

éviter la mort s'ils se soumettent au régime. On tend actuellement à baser le régime à suivre d'après l'examen de l'HCl. Mais tout le monde n'a pas la même quantité de suc gastrique. Au point de vue de thérapeutique on peut diviser les dyspepsies en dyspepsies atoniques et en dyspepsies par irritation. Parmi les dyspepsies par irritation on trouve de l'hyperchlorhydrie; l'HCl devient double ou triple de l'état normal. Cette forme se rencontre surtout chez les malades arthritiques, rhumatisants, les gens dont la peau ne fonctionne pas, les sédentaires, les énervés.

J'ai étudié cinq malades depuis quatre ou cinq mois, jour par jour. Chez ces malades on trouve dans les antécédents des troubles rhumatismaux; à la suite de refroidissement, ils ont des troubles dyspeptiques. Les digestions se font lentement, la capacité digestive est presque supprimée, la muqueuse stomacale devient intolérante. La crise douloureuse commence vers la quatrième heure après le repas. Ces malades ont des migraines, des vertiges, une fatigue générale, troubles dûs à la présence des toxines résorbées dans l'estomac. J'ai calculé la quantité des gaz rendus dans les flatulences par un de ces malades. A chaque éructation il rend jusqu'à 600 cm.c. de gaz, et en additionnant on trouve, pour toute la journée, jusqu'à 120 litres de gaz. Ces derniers sortent avec une pression égale à 0,15 cm. de mercure. La flatulence s'accompagne de mal de tête, qui cesse lorsque les gaz sont rendus. L'œsophage, surmené par les éructations, devient douloureux, ainsi que le cardia. Parfois l'éructation fait revenir des liquides, des substances alimentaires. Certains malades peuvent rendre facilement leur repas, et, souffrant de plus en plus, ils tendent à exciter le vomissement pour se débarrasser de ce dont ils souffrent, d'où amaigrissement, cachexie. Dans ces troubles, il faut combattre la constipation, le défaut de fonctionnement de la peau, les migraines, la résorption des toxines. Il faut atteindre la maladie dans ses tendances et dans ses résultats immédiats. M. Dujardin-Beaumetz a donné les grandes lignes de ce traitement : hydrothérapie, régime, antisepsie, empêcher la constipation. Lorsqu'on prend le malade avant la dilatation, il est possible d'arriver à une bonne amélioration. Il faut employer l'hydrothérapie; certains malades ne peuvent employer la douche froide ni le bain de mer; chez ceux-là il faut ordonner la douche très chaude, puis une friction très énergique au gant de crin. Il faut empêcher le refroidissement du corps, faire de l'exercice ménagé, surtout au moment de la digestion. Il faut supprimer le plus possible les viandes, donner des œufs, du lait, des légumes verts. La viande passe un trop long temps dans l'estomac. Les fermentations de l'estomac ne peuvent expliquer la flatulence. Les gaz de celui-ci sont surtout de l'acide carbonique et de l'azote, ce dernier dégluti probablement dans les efforts d'éructation. Le régime agit sur la flatulence. Comme antiseptiques, on doit donner le benzonaphtol, le salol, le salicylate de bismuth. Le salol a l'inconvénient d'avoir de l'odeur et d'être désagréable pour ces malades qui ont de la flatulence. Il faut donner 5 à 10 grammes de benzonaphtol par jour ou 4 gr. de salicylate de bismuth. M. Dujardin-Beaumetz a conseillé chez ces malades le repas d'épreuve. Le matin, au lever, on doit prendre une tasse de thé léger avec quelques petits gâteaux secs; si la douleur se produit après, il est nécessaire de prendre des antiseptiques en plus grande abondance que d'ordinaire. Chez trois de mes malades, mis au régime, l'un a augmenté de dix livres en quatre mois, un autre de cinq livres pendant le même laps de temps. Pour supprimer la constipation, il faut simplement se régler, ou sinon employer une poudre laxative ou l'hydrate de magnésie.

A. Raoult.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

Séance du 20 octobre 1892. — Présidence de M. G. Gariel.

M. Apostoli lit un travail sur *les constitutions nouvelles du traitement électrique au diagnostic en gynécologie* — La gynécologie conservatrice a trouvé dans l'électricité un précieux auxiliaire. La chirurgie, à son tour, est également destinée à réclamer l'appui du même traitement électrique pour éclairer sa route, rectifier un diagnostic douteux, imposer telle opération ou prescrire d'autre part telle autre comme superflue. Deux questions primordiales se posent tous les jours en gynécologie : Les annexes sont-elles malades? Y a-t-il du pus? Quel est le degré de l'inflammation? C'est pour la solution de ces problèmes que l'on fait des laparotomies exploratrices, solution qui peut être, avec plus davantage, demandée à l'électricité. J'affirme que les applications intra-utérines faradiques ou galvaniques sont destinées à éclairer le diagnostic dans les conditions cliniques suivantes: 1° Tout utérus interrogé galvaniquement à la dose de 100 à 150 mille ampères qui n'éprouve aucune réaction post-opératoire a *toujours sa périphérie saine*, ou, du moins, n'a pas d'inflammation actuelle des annexes justiciables de la chirurgie. Il peut même y avoir coexistence d'un kyste simple de l'ovaire; s'il n'y a pas d'inflammation des trompes, la même tolérance électrique sera observée; 2° Tout utérus qui ne supporte pas 50 mille ampères ou qui les supporte mal, est un utérus dont la périphérie est suspecte; 3° Tout utérus dont l'intolérance initiale s'atténue avec le nombre des applications appartient, soit à une hystérique, ou possède des annexes dont le processus inflammatoire est en voie de guérison; 4° Tout utérus dont l'intolérance d'abord excessive se développe et grandit avec le nombre des séances est un utérus dont la périphérie est atteinte d'une lésion justiciable d'une intervention opératoire.

M. Le Bec confirme les conclusions de M. Apostoli en ce qui concerne plusieurs cas qu'il a eu à opérer. Dans un cas où la palpation ne permettait pas de reconnaître l'état des annexes qui semblaient sains, l'intervention opératoire a montré l'existence d'une salpingite suppurée et annoncée par M. Apostoli. Chez quatre ou cinq autres malades le résultat fut analogue.

M. Nitot présente les pièces d'un *volumineux fibrôme cutané* chez une jeune femme chez laquelle l'électricité n'a produit aucun résultat. Il est bon d'ajouter qu'on ne possède aucun détail sur la façon dont le traitement électrique a été appliqué. La muqueuse utérine est saine, ce qui prouve que les fibromes ne s'accompagnent pas nécessairement d'endométrite. L'auteur fait remarquer sur la muqueuse un grand nombre de pertuis par où se faisaient de continuelles hémorrhagies.

M. Larat fait une communication sur *la médication vibratoire* et sur les résultats qu'il a obtenus en collaboration avec le Dr Gautier. — Je montre les divers appareils vibrants qui ont permis à Mortimer, Granville et à Boudet de Paris, de produire des vibrations mécaniques localisées, et il présente l'appareil en forme de casque, qu'il emploie pour produire la vibration de la masse encéphalique. Les résultats obtenus jusqu'à présent chez les migraineux, les neurasthéniques à forme céphalique, certains mélancoliques et hallucinés, et dans un cas de maladie de Ménière, sont des plus encourageants.

M. d'Arsonval rapproche les faits rapportés par M. Larat de ceux que l'on constate chez les chauffeurs de locomotives. La trépidation de la machine provoque parfois chez eux des diarrhées incoercibles et ensuite une constipation opiniâtre. Les vibrations mécaniques ont donc une action énergique sur le système nerveux.

Larat.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 10 novembre 1892. — Présidence de M. Lailler.

M. E. Besnier présente, au nom de M. Von Duhring (de Constantinople) la *Gazette médicale d'Orient* où se trouvent des documents importants de M. Von Duhring et Zambaco sur la *contagion de la lèpre*; et au nom de M. Longbois (de Joigny) une observation de *chromhydrose simulée* chez une hystérique.

M. Thibierge présente un malade atteint d'*angiokératome*. Les lésions, surtout accusées à la main gauche, sont remarquables par le peu d'intensité des productions kératosiques; il s'agit plutôt d'angiomes punctiformes multiples avec léger développement de l'épiderme. La lésion débute bien, comme l'a montré M. Quibelli, par une dilatation vasculaire sur laquelle se superposent des productions épidermiques verruqueuses. Comme tous les malades atteints d'angiokératome, celui-ci est sujet aux engelures. Il présente aussi de l'asphyxie locale des extrémités et M. Thibierge fait remarquer que l'engelure n'est

pas la compagne obligée de l'asphyxie, mais qu'elle trouve du moins en elle une cause prédisposante.

M. Vidal fait remarquer que ce malade confirme cette règle que les engelures envahissent rarement les pouces.

MM. H. Hallopeau et Jeanselme communiquent une deuxième note sur une *sarcomatose cutanée* offrant les caractères cliniques d'une lymphangite infectieuse ; elle a trait aux résultats de l'autopsie; le diagnostic porté a été pleinement vérifié : il existait des tumeurs sarcomateuses non seulement dans le membre supérieur gauche, mais aussi dans les ganglions de l'aisselle correspondante, dans le tissu cellulaire de la paroi costale au-dessous de la plèvre pariétale, dans le poumon, au-dessous de la séreuse, et au niveau de la plèvre diaphragmatique ; quatre tumeurs semblables se trouvaient à la surface de l'un des reins. Plusieurs des tumeurs pulmonaires sont creusées de petites cavités remplies de sang et cette cavité communique parfois avec les dernières ramifications bronchiques; ainsi s'expliquent les hémoptysies qui à plusieurs reprises se sont produites chez ce malade. Le tissu néoplasique est constitué par des cellules fusiformes ou polygonales ; les vaisseaux sont très friables et souvent oblitérés par des bourgeons sarcomateux.

MM Hallopeau et Fournier communiquent une étude sur *trois cas de pemphigus foliacé*. Il résulte de ce travail que cette maladie peut offrir une grande analogie, dans ses caractères cliniques, avec la dermatite herpétiforme de Duhring. Dans les deux cas, il peut se produire des éruptions polymorphes, des périodes prolongées d'accalmie et des sensations très pénibles de prurit ou de cuisson ; le caractère d'érythrodermie suintante et exfoliante que revêt l'éruption, sa généralisation persistante, la disposition en bourrelets concentriques et serpigineux, des soulèvements bulleux et enfin les troubles graves de la nutrition générale aboutissent presque constamment à une terminaison fatale permettant de reconnaître le pemphigus foliacé.

M. Tennesson. — *Des rapports entre la kératose pilaire et l'aplasie moniliforme des cheveux.* A propos d'une jeune fille dont l'observation a été précédemment rapportée par M. Sabouraud, M. Tennesson insiste sur les rapports incontestables qui existent dans les cas de ce genre entre l'alopécie congénitale et familiale et la kératose pilaire. Cette dernière affection est une lésion profonde de la papille et du follicule. Dans les cas communs, cette altération se révèle au bout de quelques années, mais on voit qu'elle peut se révéler dès les premiers temps de la vie, s'accompagnant alors de lésions plus rares, mais aussi plus graves.

M. Hudelo présente un malade atteint de semblable affection ; elle a été suivie jusqu'à la troisième génération.

M. Tennesson présente un malade atteint de *lupus fernis*. La lésion siège à la face et aux mains. Sur une surface rouge asphyxique, œdémateuse, on voit de petits tubercules sucre d'orge, caractéristiques du lupus tuberculeux et, à côté d'eux, de petites cicatrices lenticulaires. Cette forme de lupus fernis, avec ces tubercules, n'a pas encore été signalée. On ne peut la rattacher au lupus érythémateux, en raison de ces nodules tuberculeux, mais ce n'est pas non plus du lupus tuberculeux seul. C'est une autre variété de la tuberculose cutanée.

M. Quinquaud — J'ai fait l'examen histologique de cette lésion. Il faut y noter la prédominance des cellules épithélioïdes, des lésions myxomateuses, une absence presque complète de cellules géantes, et, par suite, des bacilles ; tous les caractères en font un lupus particulier. Les lésions sont diffuses et l'on trouve au niveau du réseau vasculaire superficiel des véritables lacs sanguins, ce qui explique l'apparence cyanotique de la lésion. Les inoculations semblent devoir être positives. Il s'agit donc d'un lupus tuberculeux de forme myxœdémateuse à lésions histologiques spéciales.

M. E. Vidal. — M. Besnier, le premier, a appelé l'attention sur ce lupus fernis qui ressemble à l'engelure au début. Il commence par une dilatation vasculaire, puis apparaissent des tubercules types. C'est l'une des formes du lupus en nappe, la forme profonde, et ce sont ces cas qui m'avaient fait croire autrefois à la possibilité de la transformation du lupus érythémateux en lupus tuberculeux.

M. Feulard présente un enfant atteint de *syphilis héréditaire* : cicatrices rayonnées et gonflées autour de la bouche et sur les fesses; kératite, carie dentaire, troubles auditifs, affaiblissement de la taille. M. Feulard présente un deuxième enfant atteint de syphilis acquise : chancre de la joue.

M. Barthélemy présente, à peu près guérie, la malade atteinte de *pelade*, qu'il a déjà présentée au mois de mars, alors qu'elle était atteinte de pelade généralisée et qu'il commençait à la traiter par la méthode de M. Moty.

M. du Castel présente une enfant atteinte de *pityriasis rubra pilaire* : l'éruption est à peu près généralisée ; une rougeur scarlatiniforme avec desquamation est venue s'enter sur les lésions primitives qu'elle a masquées sauf aux jambes où on voit encore bien nettes les saillies circumpilaires. Les altérations unguéales ne font pas défaut.

M. Feulard présente un malade atteint de la même affection, mais à un degré moins avancé.

M. Hardy émet l'opinion que dans ce dernier cas il peut s'agir de psoriasis.

M. E. Vidal. — Cette affection, en effet, est parapsoriasique, c'est-à-dire qu'elle est très voisine du psoriasis : la squame blanchit au grattage, mais elle ne s'enlève pas d'un coup comme dans le psoriasis. Ce cas est au premier degré : c'est du pityriasis pilaire qui n'est pas encore à la phase rubra. Le siège des aspérités kératosiques est aussi caractéristique ; l'aisselle, le pli du coude sont envahis, ce qui n'a pas lieu dans l'ichtyose vraie. A remarquer aussi, dans ce cas, la croissance rapide des cheveux et des ongles, ce qui est la règle.

M. Du Castel présente un malade atteint de lésions, au sujet desquelles il reste hésitant entre la syphilis et la tuberculose tout en penchant vers cette dernière.

M. Moty. — La tuberculose est, en effet, plus probable, en raison d'une induration épididymaire que présente le malade.

MM. Fournier et Souplet présentent une malade atteinte d'un *érythème circiné syphilitique tertiaire*. L'éruption se compose de placards et de taches. Les placards ont un centre foncé, des bords qui offrent une desquamation d'une finesse extrême et un plissement que M. Brauman a donnés comme caractéristiques; la sensibilité des plaques est normale. On voit aussi, sur d'autres parties du corps, des taches d'un rose jaunâtre.

M. Fournier. — Il est interressant d'opposer la superficialité de ces lésions à la longue durée de la maladie — 9 ans. Il faut savoir que ces manifestations tardives de la syphilis sont extrêmement rebelles au traitement.

M. Vidal. — C'est le traitement nécessaire qui leur convient le mieux, ainsi que le traitement local, la pommade au précipité jaune notamment.

M. Sabouraud fait une très intéressante communication de la *pluralité des espèces de tricophyton chez l'homme*. Dans la tricophytie du cuir chevelu, il a trouvé un tricophyton à grosses spores et un tricophyton à petites spores. Il ne s'agit pas, comme le pense M. Balzer, d'une question de terrain, car lorsqu'il y a eu contagion on retrouve toujours la même espèce de parasites. Ces parasites sont diffférents : le macrosporon reste à l'intérieur du cheveu, tandis que le microsporon le dépasse pour l'engainer. Les cultures sont aussi bien distinctes : le tricophyton à grosses spores présente une culture farineuse; le tricophyton à petites spores, une culture duveteuse et ce sont bien là deux entités, car jamais les cultures ne présentent un type intermédiaire. Dans la tricophytie de la barbe, M. Sabouraud n'a jamais rencontré que la grosse spore ; de même dans les teignes circinées : pour l'adulte, la grosse spore est donc seule contagieuse tandis que la grosse et la petite sont contagieuses pour l'enfant. Cela a une importance en clinique, car si un enfant contagionne son père, on peut affirmer qu'il s'agit du tricophyton macrosporon ; or, les teignes rebelles sont presque toutes produites par l'autre, le T. microsporon. Dans les formes à folliculites, dans le kérion il s'agit d'une autre forme distincte des précédentes.

Enfin M. Sabouraud a isolé un autre tricophyton : les spores, bien que grosses, ne sont pas contenues dans un mycélium, mais elles restent séparées. S'agit-il d'une teigne humaine ou animale ? Il faut savoir que les inoculations chez l'homme ne

sont rien moins que faciles : elles doivent être faites par piqûres. M. Sabouraud fait aussi jouer un rôle à l'acidité de la sueur, et il a remarqué que dans plusieurs cas de tricophytie cutanée, la sueur était alcaline.

M. Renault communique un cas de *syphilis rétrograde.* Il s'agit d'une malade chez laquelle la maladie a commencé par des lésions profondes. Aujourd'hui elles ne sont plus que d'un type superficiel. La syphilis a été tertiaire avant d'être secondaire.

M. Fournier. — Nous appelons syphilis rétrograde celle qui, après avoir produit des accidents d'une certaine intensité, aboutit ensuite à des accidents moindres. Elle paraît rétrograder de la période tertiaire à la période secondaire. Pourquoi ? On peut admettre que le traitement y est pour quelque chose, car, en logique, une syphilis combattue ne doit plus produire que des accidents les moins sérieux.

M. Mauriac. — J'ai vu de semblables cas dans lesquels il y a eu renversement dans la gravité de la maladie. A la suite de syphilides profondes, malignes, l'évolution reparaît normale.

Paul Raymond.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 7 novembre 1892. — Présidence de M. Brouardel.

Choléra.

M. Monod a fait savoir qu'aucun décès suspect ne s'est produit à Paris et dans le département de la Seine depuis plusieurs jours. A Calais, depuis le 27 octobre, et à Dunkerque, depuis le 23, il n'y a eu aucun décès par choléra. Depuis le 28 octobre, des patentes nettes sont délivrées au Havre et à Rouen; depuis le 1er novembre, au Tréport à Boulogne et au Portel. La patente nette a été également délivrée aujourd'hui à Marseille. On pourrait donc dire que l'épidémie cholérique est terminée en France, si des cas isolés ne s'étaient produits ces jours derniers à Cherbourg, dans quelques communes de la Seine-Inférieure, et si quelques cas n'avaient été signalés à Lorient et à l'asile des aliénés de Quimper. M. le Dr Aynard a été envoyé à Lorient. En réalité, sur aucun point du territoire, la maladie n'est plus, en ce moment, à l'état épidémique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 4 novembre 1892. — Présidence de M. Desnos.

M. Babinski vient donner à la Société quelques renseignements complémentaires sur les deux malades présentés dans la dernière séance et qui sont aujourd'hui presque complètement guéris. Chez l'un d'eux, le nommé Lec..., qui était atteint d'une paralysie faciale, de fraîche date, il a suffi de quelques séances d'électrisation faradique pour obtenir ce résultat. — Chez l'autre, le nommé Bar..., dont la paralysie faciale avait déjà une durée de plus de 2 ans, l'électrisation n'a pas semblé bien efficace. Aussi le malade a-t-il été hypnotisé. En associant alors la suggestion à des pratiques électro-thérapiques, les troubles dont le malade était atteint ont presque complètement disparu, et on peut constater aujourd'hui que les mouvements unilatéraux du côté droit peuvent être exécutés presque aussi facilement que ceux du côté opposé, et quand le malade cherche à soulever toute la lèvre supérieure, les deux côtés fonctionnent pareillement.

M. Chauffard présente un cas de *lèpre anesthésique systématisée* offrant la dissociation syringomyélique de la sensibilité tégumentaire. Depuis la description de la syringomyélie et son diagnostic avec la maladie de Morvan, différents travaux ont été publiés relativement à la différenciation de ces deux maladies d'avec la lèpre. Donc l'enquête reste ouverte. L'homme dont il s'agit est âgé de 41 ans, peintre en voitures; il a présenté deux fois des coliques de plomb. Depuis, pas d'autres accidents de saturnisme. Servant dans la marine, il prit, pendant un séjour à la Guyane, la lèpre et la syphilis. Il fait ensuite un séjour au Sénégal sans nouveaux accidents. De retour en France, la maladie commence à se manifester, il y a deux ans, par de l'atrophie musculaire, du ptosis, puis de l'anesthésie, qu'il constate en s'apercevant que des brûlures aux mains ne lui font aucun mal, de même qu'un peu plus tard des pointes de feu appliquées dans la région dorsale. A l'examen du malade, on trouve, pour la motilité : atrophie assez prononcée des extrémités, mais pas de griffe, l'atrophie a débuté par les éminences thénar et hypothenar; elle porte actuellement sur les muscles des avant-bras, de l'épaule, les pectoraux, les muscles dorso-lombaires, les trapèzes. Aux membres inférieurs, début d'atrophie. Ensellure et gros ventre. Atrophie parétique des muscles de la face et des muscles moteurs de l'œil ; ophthalmoplégie externe. La réaction faradique, très diminuée aux membres supérieurs, l'est un peu moins aux inférieurs ; la face réagit assez bien. La sensibilité est altérée dans une région qui s'étend sur les membres, la partie supérieure du tronc en arrière jusqu'à la pointe des omoplates, en avant jusqu'au niveau des pectoraux et sur la tête sur toute la région chauve. La sensibilité au contact est conservée, mais celle à la température et à la douleur est abolie. Sur le dos de la main droite la sensibilité au contact est même diminuée. Les nerfs cubitaux sont hypertrophiés, vaguement noueux, ce qui constitue un symptôme capital, nulle part vitiligo, nulle part trace de pigmentation. Les ongles sont sains, pas de maux perforants, donc aucun trouble trophique. Il a le facies spécial aux myopathiques, mais il se distingue de ses derniers par sa paralysie faciale, et c'est là un élément de diagnostic important avec la syringomyélie, car en supposant l'existence de cette dernière, il faudrait, pour expliquer la paralysie faciale, admettre que la lésion de la moelle s'étendrait jusqu'au quatrième ventricule. On peut, d'autre part, affirmer la lèpre, en se fondant : 1° sur ce que cet homme a habité des pays à lèpre; 2° sur l'hypertrophie des nerfs cubitaux. Le diagnostic n'est pas toujours facile à faire. Chez un chauffeur qui avait navigué du côté de Java et Bornéo, l'anesthésie fut précédée de crises d'œdème dur et douloureux aux membres supérieurs, puis aux membres inférieurs. Au moment de l'examen, il présentait la griffe, le gantelet syringomyélique à chaque main et aux pieds des sortes de bottes anesthésiques, maux perforants nombreux. Mais l'état des nerfs cubitaux était moins typique. On ne pouvait donc affirmer le diagnostic de lèpre. Ces faits ne prouvent pas moins qu'il faudrait de nouveau passer en revue tous les malades donnés comme syringomyéliques et rechercher chez eux la possibilité de la contagion et de l'hérédité autochtone. Savoir aussi s'il s'agit de phénomènes permanents ou transitoires. Le diagnostic n'est pas, en effet, une simple question de curiosité, il importe pour le pronostic et le traitement, car jusqu'ici, on n'a rien d'efficace contre la syringomyélie, tandis que les lépreux se trouvent très bien du traitement par l'huile de cholseaugraas.

M. Babinski. — La question est de savoir si la dissociation syringomyélique de la sensibilité peut être liée à une lésion des nerfs périphériques. Avant d'aborder la discussion, il convient de distinguer deux formes de la dissociation syringomyélique : la parfaite, l'imparfaite. Dans la première, la sensibilité à la douleur et à la température est absolument abolie, la sensibilité tactile normale. La seconde forme comporte plusieurs variétés, dont l'une se caractérise par l'abolition de la sensibilité à la douleur et à la température avec conservation incomplète de la sensibilité au tact. Il est incontestable que cette dernière forme de dissociation peut être observée dans les névrites périphériques, mais s'il est indéniable que la dissociation syringomyélique imparfaite peut être réalisée par des névrites périphériques, il est encore douteux que la dissociation parfaite puisse être sous la dépendance de lésions de ce genre. Les cas de dissociation syringomyélique observés dans la lèpre sont tantôt des cas de dissociation imparfaite (1 cas personnel, 1 de Jacoby) dans le cas de M. Chauffard et dans un de Rosenbach, il y a, au contraire, dissociation parfaite. Doit-on en conclure que la dissociation syringomyélique parfaite peut être sous la dépendance d'une névrite périphérique? Il ne faut pas oublier que plusieurs auteurs, notamment Rosenbach, ont signalé les modifications que peuvent subir les cornes antérieures dans la lèpre anesthésique, mais cela peut résulter d'erreurs commises à une époque où la syringomyélie était inconnue, on est donc en droit de formuler jusqu'à nouvel ordre les deux propositions suivantes : 1° *dans les névrites périphériques les divers modes de la sensibilité peuvent*

subir la dissociation syringomyélique imparfaite; 2° *il n'est pas rigoureusement démontré que la dissociation syringomyélique parfaite puisse résulter d'une lésion des nerfs périphériques et en tous cas si le fait peut se réaliser, il doit être tout à fait exceptionnel.*

M. Chauffard. — Il faut pour le moment garder beaucoup de réserve relativement aux autopsies de lèpres. C'est surtout au point de vue clinique que le malade a été persécuté.

M. Rendu, à l'appui de l'opinion de M. Chauffard croyant à une étroite affinité entre la lèpre et la maladie de Morvan, peut citer ce fait, qu'à Morlaix son ami le Dr Proust n'a pu lui montrer un seul cas de maladie de Morvan, mais, par contre, lui a montré un beau cas de lèpre tuberculeux et anesthésique avec des troubles trophiques identiques à ceux de la lèpre des pays chauds. — Ce malade, originaire des environs de Morlaix, n'avait jamais été marin et n'avait pas quitté le Finistère.

M. Netter a eu dans son service le second malade de M. Chauffard. Il avait pensé, à cause des œdèmes douloureux, suivis d'atrophie, au Béribéri.

M. du Cazal a eu dans son service, au Val-de-Grâce, un ataxique présentant une dissociation syringomyélique de la sensibilité qui ne pouvait être due qu'à des lésions des nerfs piryphériques.

M. Siredey a reçu dans le service de l'Hôtel-Dieu annexe dont il était chargé, du 2 au 30 septembre, 104 cholériques. Sur ces 104 malades, 49 décès; sur ces 104 malades, 22 formes atténuées. La diarrhée prémonitoire a été la règle. Elle constitue donc un danger pour le malade et l'entourage. 34 sont morts en algidité. 3 cas de choléra sec, 8 malades à forme lente sont morts pendant la période de réaction de complications. — 15 malades ont présenté la réaction méningitiques à divers degrés. 8 sont morts; à l'autopsie, simple congestion des méninges. Il s'agit probablement dans ces cas d'accidents toxémiques secondaires expliquant soit par résorption des toxines dans les voies digestives, soit par leur accumulation dans l'organisme à la suite du processus intense de désassimilation qui caractérise la réaction cholérique. L'intoxication est d'ailleurs facilitée par les altérations du foie et du rein. La thérapeutique a consisté en dehors de l'acide lactique, de l'élixir parégorique et du champagne en injections d'éther et de caféine et inhalations d'oxigène. L'injection hypodermique de sérum artificiel faite profondément et antiseptiquement à la dose de 150 à 300 grammes renouvelée 4 ou 5 fois dans les 24 heures a été employée dans 54 cas graves. 16 guérisons. Les bains chauds donnent d'excellents résultats pendant la période algide; ils font cesser rapidement les crampes et la douleur épigastrique, mais dans les formes toxiques ils provoquent des syncopes et des convulsions épileptiques. On peut maintenir la réaction du bain par l'enveloppement de tout le corps avec du coton et du taffetas gommé. Aucun cas de contagion à l'hôpital, grâce à la diffusibilité très faible de l'épidémie et aussi à l'antisepsie rigoureuse.

M. Mathieu a employé les injections hypodermiques de sérum à la dose de 400 à 800 grammes par jour avec succès, soit chez des malades ayant subi auparavant la transfusion veineuse, soit chez de moins gravement atteints. On employait en même temps les injections de caféine 0,60 à 1 gramme. Assez souvent la diurèse est survenue sous cette double influence, élément favorable au pronostic. Il y a lieu de se défier des bains chauds chez les cholériques qui présentent des phénomènes d'urémie. Les crampes douloureuses du début sont leur véritable indication.

M. Bourcy a soigné 42 cholériques, 24 hommes, 18 femmes. 17 cas particulièrement graves. 14 décès : 9 hommes, 5 femmes. Traitement a surtout constitué en grands lavages intestinaux et gastriques avec de l'eau bouillie. Soulagement très marqué. Injections intraveineuses de sérum essayé dans 3 cas graves, suivis de mort, a produit une amélioration passagère, mais remarquablement frappante. La ténacité et la fréquence de l'anurie cholérique trouvent peut-être leur explication dans ce fait observé chez une malade de 40 ans, que la première urine rendue, après une anurie complète de 3 jours, contenait à l'examen microscopique une quantité de cylindres très longs, pâles, réfringents, contournés en tire-bouchons d'aspect colloïde, d'autres, plus rares, hyalins. Ces cylindres provenaient évidemment des canalicules du rein, probablement remplis de ce liquide coagulable. L.-R. Regnier.

REVUE DE CHIRURGIE

XVI. — **Cure radicale des hernies**; par Just Lucas-Championnière. — Rueff et Cie, éditeurs, Paris, 1892.

XVII. — **De la Chloroformisation à doses faibles et continues dans la position déclive sur le plan incliné à 45 degrés**; par A. Bolognesi (du Mans). (*Archives provinciales de Chirurgie*, n° 5, novembre 1892).

XVIII. — **De la résection costale dans le traitement des abcès froids thoraciques**; par H. Dayot (de Rennes). (*Archives provinciales de Chirurgie*, n° 5, novembre 1892).

XIX. — **Traité de Chirurgie orthopédique**; par M. le Pr Redard. — Oct. Doin, éditeur, Paris, 1892.

XVI. — Chacun sait la compétence de M. Lucas-Championnière en matière de hernie. Aussi les chirurgiens n'ont-ils guère été étonnés à l'apparition de son beau volume sur la cure radicale des hernies, opération qu'il a pour ainsi dire acclimatée dans notre pays; et aucun d'eux n'a trouvé extraordinaire de le voir apporter une étude statistique basée sur 275 opérations. On se rappelle d'ailleurs qu'en 1886 ce distingué opérateur avait déjà publié un opuscule plus modeste sur ce sujet, où il avait conté par le menu les détails de ses premières interventions. Aujourd'hui c'est une monographie de 700 pages qu'il nous présente, monographie unique en son genre et par son volume et par sa valeur et par la compétence si indiscutable de l'auteur. Je n'ai pas la prétention d'analyser ici, on le pense bien, un tel volume, qui doit faire partie de la bibliothèque de tout chirurgien. Aussi bien ai-je déjà résumé, en de nombreuses pages de ce journal, les principes qui guident M. Championnière dans cette opération; il suffit pour cela de se reporter aux discussions de la Société de Chirurgie. A chaque fois que là cette question de la cure radicale des hernies revient à l'ordre du jour, on peut être certain que le chirurgien de Saint-Louis ne laissera pas clore la joute oratoire sans placer son mot. Bornons-nous à ajouter que M. Championnière a mis dans ce dernier-né toute sa complaisance (le contraire eut certainement étonné tout le monde) et souhaitons que ce travail, résumé des plus louables efforts, ouvre bien grandes à son auteur les petites portes (si souvent entrebâillées pourtant devant des personnalités de moindre envergure) d'une Académie qui reste aussi sourde aux démarches de l'introducteur de l'Antisepsie dans nos hôpitaux que l'Institut de France à la candidature du rénovateur des lettres françaises à la fin du dix-neuvième siècle.

XVII. — D'après M. Bolognesi (du Mans), la chloroformisation à doses faibles et continues, que nous avons décrite ailleurs (1), doit être employée pour l'anesthésie dans les laparotomies sur le plan incliné à 45°. Il l'a employée dans 76 cas et n'a jamais eu aucun accident. La *circulation* est modifiée d'une façon très évidente par l'apparition immédiate de *phénomènes congestifs* au niveau de la tête, du cou et de la partie supérieure de la poitrine. Ces phénomènes paraissent plutôt utiles, puisqu'ils sont un moyen préventif de la syncope cardiaque, c'est-à-dire du plus grave des accidents de la chloroformisation. La respiration n'est entravée que par des phénomènes mécaniques auxquels il est facile de remédier, par l'usage de la pince à langue, la propulsion de la mâchoire inférieure et l'emploi de la table de M. H. Delagénière (du Mans).

XVIII. — Les abcès froids thoraciques relèvent, au dire de M. Dayot (de Rennes), *au moins aussi fréquemment*, pour ne pas dire toujours, de l'ostéite tuberculeuse costale que de la périostite externe. Cette ostéite souvent latente demande à être recherchée. Elle peut passer inaperçue et n'être reconnue que par la résection costale *exploratrice*. L'absence du signe; augmentation de tension de l'abcès sous l'influence des efforts de toux, ne permet pas de rejeter l'existence d'une col-

(1) Baudouin (Marcel). — *De la chloroformisation à doses faibles et continues*, brochure de 88 pages (2e édit.). Bureaux des *Archives prov. de Chirurgie*, 1891.

lection profonde sous-costale. Il faut toujours y penser et la rechercher par les moyens appropriés, dont le meilleur est la résection. La résection costale appliquée aux abcès froids thoraciques, quel que soit l'état apparent de la côte, remplit les conditions d'une intervention-type et complète. Elle est facile, essentiellement bénigne, et ne provoque aucun trouble fonctionnel.

XIX.— L'importance du volumineux traité d'orthopédie que M. le Dr Redard vient de publier n'échappera à personne, à une époque où l'enseignement de cette branche de la chirurgie est assez délaissé chez nous. C'est le fruit de l'expérience clinique que l'auteur a acquise au magnifique dispensaire Furtado-Heine. Tous ceux qui ont vu avec quel luxe et avec quel soin cet établissement est entretenu ne s'étonneront pas que, dans un tel milieu, on puisse prendre goût à l'orthopédie ! On pourrait parfaitement d'ailleurs organiser à Paris sur un pied analogue un véritable institut chirurgical, car ce ne sont pas les chirurgiens qui font défaut : mais il ne manque pour l'instant qu'une aussi généreuse donatrice... ce qui, je l'avoue, n'est pas désormais bien facile à trouver. L'ouvrage de M. Redard montre ce que peut produire, à Paris, l'initiative privée mise au service d'une bonne cause, et tous les praticiens qui s'intéressent aux affections osseuses et articulaires des enfants voudront se munir d'un livre qui n'a pas d'analogue dans notre pays. Signalons, en passant seulement, quelques-uns des chapitres à parcourir plus spécialement : torticolis, déviations de la colonne vertébrale, difformités du membre inférieur, difformités dans les maladies du système nerveux, etc., etc. Une bibliographie très étendue termine ce traité de plus de 1.000 pages, illustré de plus de 750 figures, et pourvu d'une table alphabétique très soignée.

Marcel Baudouin.

HYDROLOGIE

De la Médication purgative en Pédiatrie.

A certaines heures graves, les médications les plus simples revêtent, chez les enfants, une activité surprenante, une importance capitale. Que de pyrexies hyperthermiques, combien de phlegmasies, à tendances pyogènes ou phlogogènes, n'a point enrayées, dans le premier âge, l'administration d'un simple purgatif? L'activité encéphalique, prédominante chez les jeunes organismes, entraîne du côté des centres nerveux de fréquentes excitations dont les degrés varient depuis la convulsion la plus simple jusqu'aux méningites à pneumocoques et à bacilles tuberculeux. L'action décongestive et dérivative du calomel et des purgatifs salins est fréquemment utilisée, en cette occurence, par les cliniciens de l'enfance. Parmi les sels neutres, tous s'accordent à placer au premier rang cette solution naturelle si dynamiquement pondérée, sortie animée et vivante des entrailles terrestres, l'eau minérale d'Hunyadi-Jánós. Cette préférence est motivée par l'action stomachique de cette eau incomparable, *amie* (comme on l'a dit) *de l'estomac et de l'intestin*, réalisant parfois dans les gastrites catarrhales et les entéro-colites (qui ne sont fréquemment qu'indigestions et diarrhées négligées), de véritables miracles.

En même temps que s'effacent les troubles fonctionnels du côté du tube digestif, les symptômes nerveux, l'insomnie, l'agitation, les tendances convulsives, se trouvent immédiatement enrayés. Nous conseillons communément, sur l'avis des plus grands maîtres, le traitement suivant contre les diarrhées infectieuses et du sevrage, contre le tympanisme causé par la distension intestinale : une cuillerée à soupe d'Hunyadi-Jánós, mêlée à du lait, trois fois par jour, pour un enfant d'un an et au-dessous. Je suis persuadé, pour ma part, que j'ai réussi maintes fois à juguler, par cette simple médication, les troubles digestifs et la diarrhée tenace qui précèdent l'*athrepsie* et préparent les hépatites infectieuses de la première enfance. Si, d'ailleurs, on interroge les selles provoquées par l'action de l'eau minérale, on y retrouvera les bactéries communes et le microbe particulier à la diarrhée verte.

La détente dans les symptômes corrobore ce que nous enseignent l'étiologie et le microscope. La langue de l'enfant redevient normale, l'état saburral disparaissant.

Les coliques de la gastro-entéralgie se taisent et suppriment, du même coup, le tympanisme. L'enfant redevient, progressivement, calme et bien portant : son teint se ranime, ses joues se remplissent, ses yeux ternis se reprennent à briller. L'examen des selles les montre de bon aloi, dépourvues de toute fermentation putride et même de toute acescence, bien liées, sans grumeaux, comparables à des œufs brouillés, comme doivent l'être les *excreta* d'un enfant normal. C'est que la thérapeutique s'est, ici, non seulement attaquée à la cause, mais *à la cause de la cause* : car Hunyadi Jánós ne se borne pas, comme tout purgatif salin est capable de le faire, à arrêter la diarrhée, par une de ces actions dialytiques ou diosmotiques qui appartiennent plus à la physique qu'à la biologie. L'eau naturelle possède une action *intime* de détersion et d'*antisepsie*, sur tous les organes de la digestion et de l'assimilation. Elle agit notamment sur le foie, qui préside aux épurations sécrétoires et, en quelque sorte, à l'asepsie du milieu intérieur : car elle rétablit véritablement le fonctionnement physiologique de l'appareil biliaire et le fonctionnement cellulaire de la glande vasculaire sanguine, dans ses éléments les plus ténus.

C'est pour cela que l'état pyrétique s'évanouit, ainsi que les complications nerveuses qui assaillent si communément le nouveau-né, à tel point qu'on a pu dire que le berceau n'est, pour un grand nombre d'enfants, qu'un petit moment de lumière entre la nuit et la mort. N'oublions pas que, selon le mot de Stahl, le ventre est le cheval de Troie d'où sortent la plupart des dyscrasies infantiles : la chloro-anémie, le rachitisme, la scrofule poussent dans les berceaux, puisant uniquement leurs origines dans les perturbations digestives. Souvenons-nous que nous possédons, dans Hunyadi-Jánós, l'association la plus pure des sulfates sodo-magnésiques et du chlorure de sodium, pour rétablir la rectitude des sécrétions internes et restaurer chimiquement la digestion. De plus, même à dose purgative, l'eau minérale, en partie absorbée par les chylifères, jouera, dans le sang, le rôle efficace d'un *tempérant* de l'hématose, d'un *dépurateur reconstituant* pour le liquide sanguin, d'un *sédatif*, *antipyrétique* et *antiphlegmasique* pour la circulation.

Cette activité curative de l'eau hongroise éclate surtout dans l'enfance, à cause de la facilité réactionnelle qui caractérise cet âge, et peut-être à cause même de la prédominance de l'appareil ganglionnaire et lymphatique, qui offre à l'absorption interstitielle tant de garanties anatomiques. Sans jamais irriter la susceptibilité des épithéliums, si fragiles dans le premier âge ; sans entraîner la prostration qu'amènent volontiers les autres purgatifs, Hunyadi Jánós possède une influence révulsive et antiphlogistique de premier ordre. Aussi, ne limiterons-nous jamais son emploi au traitement des affections intestinales : nous y aurons recours toutes les fois que sera indiquée la révulsion interne : dans les gourmes et dermatoses rebelles, les convalescences traînantes, les tendances à la dyspepsie et à l'ectasie gastrique ; l'éréthisme cérébral, que trahissent les convulsions et les terreurs nocturnes, etc., etc. Le Dr Guichard considère aussi ce traitement comme le meilleur à diriger contre les pharyngites infantiles à répétition, le Dr Bernard le recommande contre les ophtalmies et les otites graves et rebelles. D'autres spécialistes de l'enfance y ont recours, pour combattre les accidents liés à la dentition. Dans toutes ces manifestations pathologiques, Hunyadi Jánós agit comme le *déplétif* le plus sûr, l'*entrophique* le meilleur, l'*hématopoiétique* le plus fidèle. J'ai cru devoir le rappeler à tous les praticiens s'occupant de la première enfance.

BIBLIOGRAPHIE

Réorganisation de l'Enseignement médical. par le Dr Reliquet. — Paris, Veuve Babé et Cie, 1892, broch. in-8°.

Il y a beaucoup de choses dans cette modeste brochure de M. Reliquet, beaucoup de choses exposées brièvement et avec clarté. En savant observateur, l'auteur rappelle qu'il a signalé dès 1870 l'insuffisance de l'organisation du corps médical des

hôpitaux, dont la toute-puissance entraînait dans les concours les injustices les plus criantes. Il s'attaque aujourd'hui tout aussi justement à la Faculté, c'est-à-dire à l'enseignement officiel de la médecine dont les membres sont à la fois professeurs et examinateurs, absolument seuls membres des jurys de toutes les places de l'enseignement données au concours, disposant des places nombreuses recherchées par les travailleurs. Il faut lutter, dit-il, contre le mandarinat de M. X..., ou Y... qui impose sa toute-puissance à ses élèves et les force pour passer leur examen de savoir le cours de leur examinateur qui trop souvent est inutile dans la pratique. L'étudiant, dit M. Reliquet, quitte l'école et reconnaît trop souvent à ses dépens que les méthodes absolues de ses examinateurs ne sont pas celles qui lui donneront la réputation de guérir. Il est obligé de reprendre ses auteurs et d'étudier pour modifier d'une façon heureuse sa pratique. Quant à ceux qui restent à Paris et qui, en raison de leurs succès, se lancent dans la voie des concours, ils n'osent jamais revenir sur les faits faux qu'ils ont vus et attribueraient même au futur juge ce qui ne lui appartient pas. S'ils ont le courage de leur opinion, il s'ensuit des divisions profondes et fort regrettables.

M. Reliquet demande donc que nos gouvernants abolissent ce système autocratique et peu en rapport avec notre état social actuel. Il faut pour cela :

1° *Que le corps enseignant soit absolument distinct et séparé du corps examinant.*

2° Que le corps examinant confère le titre de praticien à la suite de la première série des examens.

3° Les docteurs praticiens qui voudront entrer dans la carrière de l'enseignement devront passer de nouveaux examens devant le corps examinant. A la suite de ces examens supérieurs, le docteur pourvu de ce titre élevé aura le droit de faire de l'enseignement et fera des cours à ses risques et périls soit dans un établissement privé ou une école de l'État. De cette sorte existera une véritable liberté d'enseignement. Ceux qui n'auront pas eu du succès dans leurs cours et dans leurs travaux et qui n'auront pas été choisis pour être professeurs titulaires n'en poursuivront pas moins une carrière fort honorable et pourront rivaliser avec ces derniers dont l'arrivée à ce titre « n'a jamais été un but, mais un moyen de conduire à la clientèle. » C'est à l'élève de choisir ses cours et ses maitres, et pour cela *chaque cours doit être rétribué directement par l'élève* qui dirigera ainsi ses études suivant son gré et ne sera pas obligé de suivre tel ou tel cours ou les caprices de tel ou tel examinateur qui le décourageront, le démoraliseront et le feront trop souvent abandonner des études qu'il aurait pu brillamment poursuivre. Telles sont, en résumé, les idées de M. le Dr Reliquet, qui sont d'accord sur beaucoup de points avec les nôtres, notamment sur la séparation du corps examinant, du corps enseignant. A. ROUSSELET.

De la Bile à l'état pathologique ; par le Dr A. LÉTIENNE. — Steinheil, éditeur, 1891.

Ce travail est le résumé des recherches entreprises par son auteur sur les modifications que subit la bile dans diverses maladies, en dehors des infections biliaires chimiquement définies. Après une étude des modifications physiques que la bile subit à l'état pathologique, quant à la couleur, à la consistance, à la quantité, à la densité, à la réaction et aux différents aspects spectroscopiques, l'auteur aborde l'étude micrographique de cette humeur. La bile physiologique ne tient en suspension aucun élément figuré. A l'état pathologique on y trouve, au contraire, des débris de l'épithélium vésiculaire, des blocs de mucus, des granulations graisseuses et des cristaux de formes variées de bilirubine, la biliverdine ne se rencontre que dans les biles altérées.

Dans son 3e chapitre, M. Létienne nous montre, par de nombreuses et intéressantes observations, qu'il est fréquent que la bile contienne des microbes. Il en a trouvé 24 fois sur 42 biles examinées. Ces microorganismes sont très divers, quelques-uns même ne sont pas encore déterminés comme espèce, et, parmi celles qui sont connues, 16 espèces ont été notées par l'auteur, soit isolées, soit associées. Deux espèces se rencontrent plus fréquemment que les autres : ce sont le Staphylococcus albus et le Bacillus coli communis. La présence de ces microbes peut ne déterminer aucun symptôme appréciable, ni provoquer de lésions profondes, mais elle suffit cependant à amener des modifications dans la constitution de la bile, dont la couleur se modifie et dont les matériaux solubles se précipitent, donnant lieu à la formation de concrétions qui, grossissant peu à peu, peuvent devenir des calculs et constituer finalement la lithiase biliaire. Cette affection jusqu'ici considérée comme une diathèse ne serait donc que le résultat d'une invasion microbienne des voies biliaires. L'auteur se basant sur ses expériences et sur les récents travaux de Maunyre, Schrœder, Furbinger et Mosler, est partisan de cette dernière théorie.

Son étude se termine par l'examen du pouvoir antiseptique du liquide biliaire. Ce pouvoir est beaucoup moindre qu'on ne le croyait il y a quelques années; certains acides biliaires, le taurocholate de soude, paraissent doués de vertus antifermentescibles. Mais dans la bile, normale ou pathologique, bien des espèces microbiennes cultivent admirablement ; seule la bactéridie charbonneuse périt après 24 à 48 heures de séjour dans la bile. D'autre part, certaines biles sont particulièrement propices au développement des microbes; il en est ainsi pour celle des pneumonies. L.-R. REGNIER.

Des déformations ostéo-articulaires consécutives à des maladies de l'appareil pleuro-pulmonaire ; par le Dr Albert LEFEBVRE. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 1891.

Il existe un grand nombre de maladies où l'on peut observer des déformations articulaires, mais c'est seulement dans ces derniers temps que l'on a démontré les règles générales qui président à la détermination du siège et de la forme de ces altérations. C'est ainsi qu'on a pu étudier complètement les divers groupes d'ostéites ou d'ostéo-arthropathies auxquels sir James Payet, d'une part, a donné le nom d'ostéite déformante, et M. Marie, d'autre part, celui d'acromégalie et d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumonique.

C'est cette dernière forme d'ostéopathie que M. Lefebvre étudie dans son travail. Les lésions observées constituent des ostéo-arthropathies nettement systématisées, manifestement symétriques et à déterminations périphériques accentuées. Par ordre de fréquence, ces déterminations sont : les phalanges unguéales de la main et du pied ; les articulations du poignet, du cou-de-pied, métacarpo-phalangiennes, medio-tarsiennes, coude, genou, sterno-claviculaires intervertébrales. Les lésions s'accompagnent de déformations unguéales, et accessoirement des modifications des parties molles voisines.

Il est vraisemblable que ces déformations ostéo-articulaires sont des phénomènes de même ordre que les doigts hypocratiques, et il n'est pas douteux que le point de départ existe dans certaines affections de l'appareil pleuro-pulmonaire; il n'est pas possible, en effet, de confondre ces lésions avec les diverses variétés de tubercules osseux ou articulaires. Mais, puisqu'il en est ainsi, comment donc une affection du système respiratoire peut-elle produire de l'hypertrophie osseuse ? C'est là, il faut bien l'avouer, un des points obscurs de l'histoire de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante; et, pour le moment, nous sommes obligés de nous en tenir à l'explication de Marie, qui dit que « sous l'influence de microorganismes, la production au niveau de lésions de l'appareil respiratoire, de substances purulentes ou fermentées passant ensuite dans la circulation, exerce une action élective sur certaines parties des os et des articulations pour déterminer les lésions de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante. »

Considérer ces déformations ostéo-articulaires comme des vices de nutrition ou comme des troubles trophiques, ce n'est pas émettre une hypothèse nouvelle, c'est constater un fait non contesté, mais sans l'expliquer. Que l'influence des affections pleuro-pulmonaires se manifeste sur certaines parties des os et des articulations, directement ou indirectement, par l'intermédiaire du système nerveux. Il n'en est pas moins vrai que le mécanisme intime de cette influence nous échappe.

Un certain nombre de gravures (13) faites avec le plus grand soin, ajoutent encore à l'intérêt de ce travail qui est l'expression actuelle de la science, au sujet de ces lésions depuis peu étudiées. G. PELTIER.

VARIA

—

Les mesures sanitaires contre le choléra à Paris en 1892.

L'épidémie de choléra peut être considérée comme terminée. A Paris, en somme, elle a été bénigne par le nombre des décès qu'elle a causés ; mais l'épidémie a été très cruelle en raison de la gravité qu'ont présentée les symptômes de la maladie. C'est sans doute aux mesures sanitaires, dirigées par le Dr A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité, que nous le devons. Nous empruntons au rapport de l'infatigable inspecteur général les renseignements suivants.

Les mesures de salubrité ont été relatives au transport des malades, à la désinfection, à la salubrité de l'habitation et en particulier à l'extinction des foyers cholériques. Les malades atteints de choléra, transportés par les ambulances municipales, ont été au nombre de cinq cents. Ils étaient recueillis et conduits à l'hôpital par une infirmière spéciale. Sur six infirmières une seule a été atteinte. Elle a guéri rapidement.

Du 1er juillet au 15 octobre, 7,392 désinfections ont été pratiquées à domicile. Sur ce nombre 2,944 ont été faites à la suite du choléra. Le personnel a varié suivant les phases de l'épidémie. Il fut un temps où 88 personnes étaient employées journellement au service de la désinfection. Sur ce personnel, il n'y a eu que 7 malades, dont aucun n'a succombé. Grâce au dévouement de tous les employés, on a pu obtenir assez rapidement la déclaration des foyers épidémiques et, dès lors, *éteindre rapidement sur place* les foyers de choléra.

Un exemple typique mérite d'être cité. Nous l'avons entendu raconter par M. Martin lui-même, avant la rédaction de son rapport. « Dans un immeuble composé de plusieurs petites maisons très insalubres, il y avait eu, du 9 au 15 septembre, 5 cas de choléra, dont trois suivis de décès. La désinfection avait été rapidement demandée et obtenue. L'inspection générale envoya une équipe de désinfecteurs spéciaux pour laver antiseptiquement au sublimé les murs, parquets, corridors, escaliers, etc., de l'immeuble, pour désinfecter les fosses d'aisances, etc. De plus, le service de l'assainissement et la commission des logements insalubres immédiatement prévenus prirent d'urgence les mesures nécessaires pour obliger le propriétaire de l'immeuble à assainir toutes les habitations. De son côté, le directeur du service des eaux fit remplacer d'urgence l'eau de l'Ourcq par l'eau de source. »

Ainsi en peu d'heures tout fut assaini, et aucun cas de choléra ne put être signalé dans ce quartier. Il en fut de même dans une rue insalubre, où 85 logements furent désinfectés d'urgence de midi à deux heures et demie du matin.

Le rapport de M. le docteur A.-J. Martin constate une fois de plus que l'épidémie n'a sévi que sur la population pauvre et qu'elle a surtout frappé les 11e, 18e, 15e et 5e arrondissements.

Le Choléra à Paris en 1892.

Les dépenses. — M. Maury, syndic du Conseil municipal, a fait un rapport sur les dépenses que le Bureau du Conseil a dû, pendant les vacances d'août et de septembre, autoriser à cause du choléra. Il y a eu une dépense de 120,000 francs exigée par le service d'assainissement des maisons, institué sous la direction du Dr J. Martin. Les désinfections à domicile, après décès, ont absorbé la plus grande partie de cette somme. Chaque opération revenait en moyenne à 5 fr. 40 ; on en avait prévu environ 14,000. Pour les arrosages désinfectants sur la voie publique, les lavages de tombereaux et d'urinoirs, auxquels, tous les jours pendant la durée de l'épidémie, l'administration a fait procéder, la dépense par jour a été de 4,300 fr. Les mesures d'assainissement prises dans les écoles de la Ville ont coûté 8,000 fr. La dépense totale pendant l'intersession du Conseil municipal a été, pour la ville de Paris, de 425,000 fr. Ce chiffre figure au chapitre des dépenses imprévues.

Hommage aux morts. — M. Maury demandera done au Conseil municipal de ratifier ces crédits ; il proposera encore d'affecter, dans le cimetière du Père-Lachaise, un emplacement spécial destiné à la *sépulture des agents des hôpitaux*, infirmiers et infirmières, morts en soignant les cholériques. Le rapporteur estime que cet hommage est dû aux modestes et dévoués serviteurs qui ont sacrifié leur vie avec une rare abnégation. Cette récompense sera un encouragement pour les dévouements futurs. Voici les noms de ceux qui ont succombé dans les hôpitaux et qui figurent au rapport de M. Maury : MM. Bruct, infirmier à l'hôpital Saint-Antione ; Bourdin, à la maison Dubois ; Charrière, à la Pitié ; Bourbon, à l'Hôtel-Dieu, et Mmes Niederlander et Duronnoy, infirmières, la première à l'hôpital Saint-Antoine, la deuxième à l'hôpital Tenon.

Hygiène des Lycées.

Les questions d'hygiène sont actuellement à l'ordre du jour dans le département de l'Orne. Les villes d'Argentan et de l'Aigle sont en instance pour avoir de l'eau de source. Alençon a donné l'exemple. De l'eau de source est actuellement à la disposition des habitants excepté toutefois de ceux du Lycée. A ce sujet le Conseil général a, sur les propositions de notre ami et collaborateur, M. le Dr G. Bouteillier, émis un vœu tendant à ce que le ministre de l'instruction publique fasse bénéficier le personnel du Lycée de cette canalisation d'eau de source. Il est extraordinaire que cette amélioration n'ait pas été déjà réalisée ; elle est absolument urgente. En 1859, alors que nous étions élève de ce Lycée, il s'est produit une terrible épidémie de fièvre typhoide due à l'eau infecte que l'on nous distribuait, malgré nos protestations réitérées ; il y eut une vingtaine de décès. Nous pensons qu'il suffit de signaler le fait à M. le Ministre de l'instruction publique pour qu'il fasse prendre les mesures nécessaires. B.

L'Interdiction du travail aux femmes accouchées, à la Chambre des Députés.

Au cours de deux séances de la Chambre des Députés (samedi et jeudi derniers), l'ordre du jour a appelé la première délibération sur les propositions de M. Brousse et de M. Dron tendant à *interdire le travail industriel aux accouchées* pendant un certain délai et à les indemniser de ce chômage forcé.

M. Casimir-Périer, président de la commission du budget, a demandé que la proposition fût soumise à cette commission.

Malgré cela, la Chambre a ordonné la discussion immédiate, et le rapporteur, M. Dron, voulant profiter de ces bonnes dispositions, a demandé l'urgence. Mais le ministre, M. Jules Roche, s'y est opposé. Bien que l'exécution de la loi soit ajournée à 1894, il est certain que le Ministre des finances aura à s'expliquer sur la lourde charge que l'on veut imposer à l'Etat. La demande d'urgence a été retirée. Sur l'article 1er, M. de Mun a demandé que l'on scindât les deux questions que réunit le projet : on peut interdire le travail pendant un mois aux accouchées, sans mettre une indemnité à la charge de l'Etat ou des communes. M. Doumer a fait remarquer qu'il y avait en jeu un intérêt social : celui de la *natalité*, qu'il importait d'encourager. M. le Dr A. Desprès a déclaré que, pour lui, la loi était inapplicable ; il a ajouté que, si l'on voulait faire quelque chose d'utile, il fallait assurer aux femmes la possibilité de nourrir leur enfant pendant tout le temps de l'allaitement. M. Deniau a demandé à étendre aux ouvrières agricoles le bénéfice de l'indemnité. Pourquoi pas à toutes les femmes accouchées ? a ajouté M. du Périer de Larsan ? Aussi, le samedi, le rapporteur s'étant rendu compte de l'inquiétude qui commençait à gagner la Chambre en présence de dispositions dont la portée paraissait grave, a demandé le renvoi à la commission. Le jeudi suivant, nouvelle discussion. On a abouti cette fois à quelque chose. La Chambre a voté une *indemnité d'un franc par journée d'interdiction de travail* ; et, les larmes aux yeux, M. Rouvier, ministre des finances, a supplié la Chambre de créer des ressources correspondantes aux dépenses nouvelles qu'elle votait. Qui paiera ? L'Etat, les départements ou les communes ? M. de Mun, d'accord avec M. Lafargue, a parlé de la création d'une *caisse de maternité*. Cette proposition a été renvoyée à la commission et la discussion du projet s'est trouvée suspendue. M. B.

Les honoraires des médecins sous l'ancien régime.

En dépit de la concurrence que ne cessait de leur faire une foule de charlatans les médecins gagnaient, en général, largement leur vie. Nicolas Petit, premier médecin d'Henri IV, se retira avec « cinq à six mille livres de rentes. » Eusèbe Renaudot, premier médecin de la Dauphine, en 1650, écrit dans son journal :

« Je me suis acquitté de la somme de 7.000 livres en moins de huit mois, grace au petit revenu de la médecine que le grand nombre des malades avait fort multiplié. Le mois de décembre 1666, 917 livres pour visites de médecin et, au commencement de l'année 1667, 1.473 livres. Vers le mois de juillet 1669, j'ai eu l'honneur

d'être envoyé quérir de Paris à Compiègne, pour y traiter Mgr le Dauphin, avec MM. d'Aquin père et fils, La Chambre et Brayer : nous y fûmes sept jours, et reçûmes 400 livres chacun. »

Les grands seigneurs payaient bien et ne lésinaient pas sur le nombre. Lestoile raconte qu'en 1594, Henri IV étant allé voir le marquis d'O qui souffrait d'une rétention d'urine, le trouva entouré par seize docteurs. Que vouliez-vous qu'il fît contre tant de médecins ? Qu'il mourût. C'est le parti qu'il prit.

Tout médecin appelé en consultation chez Colbert recevait un louis d'or, qui valait au moins 100 francs de notre monnaie.

Guy Patin condamne l'âpreté au gain que montraient la plupart de ses confrères. A l'en croire, le célèbre Guenault disait tout haut qu' « un grain de fortune vaut mieux que six onces de vertu. » Nicolas Brayer, une des lumières de la Science au dix-septième siècle, aurait amassé trente mille écus de rente ; Béda, Ranissaint, Renaudot et bien d'autres étaient « gens à faire ce l'on veut à qui plus donne. » Le médecin anglais Lister, qui visita Paris en 1698, s'étonne néanmoins de la modicité des honoraires accordés aux médecins, d'où il faut conclure qu'ils étaient mieux traités à Londres qu'à Paris. Il insiste aussi sur le tort matériel et moral que leur causaient les charlatans, les femmes et les moines.

L'Hôpital des Teigneux.

La Commission de répartition des fonds provenant du pari mutuel vient d'accorder à l'Assistance publique de Paris une somme de 700,000 francs pour la création d'un hôpital de Teigneux. Grâce aux parieurs, la ville de Paris va pouvoir, sans bourse délier, mettre à exécution un projet pour lequel le Conseil municipal allait voter des fonds. Tout est donc pour le mieux et il ne reste plus qu'à dépenser les 700,000 fr. Tout d'abord, on n'a pas à compter avec l'achat du terrain ; un vaste emplacement actuellement inoccupé et dépendant de l'hôpital Saint-Louis est depuis longtemps désigné pour recevoir le nouvel édifice, il n'y a donc qu'à bâtir ; aussi les architectes sont dans la joie et déjà ils calculent la grande épaisseur qu'ils pourront donner aux murailles, le nombre des pièces inutilisables et des salles grandioses et incommodes dont ils doteront le monument qui transmettra leurs noms à la postérité. Avec la grosse somme dont ils disposeront et que, suivant une vieille habitude, ils espèrent dépasser, il est probable, si l'on n'y met bon ordre, que la ville de Paris s'enrichira d'un bâtiment, à la masse imposante, dans le genre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine dont le moindre défaut est qu'on ne peut pas s'en servir. Espérons que cet exemple ne sera pas perdu et que l'Administration de l'Assistance publique saura s'en inspirer.

L'hôpital qu'on va construire n'est pas un hôpital ordinaire ; les enfants qu'on y placera sont des malades d'une catégorie à part ; les teignes sont des affections contagieuses qui nécessitent l'isolement et l'éloignement de l'école, mais qui, le plus habituellement, n'altèrent en rien la santé générale ; il faut donc, tout en donnant aux enfants qui en sont atteints des soins d'une nature spéciale, les mettre dans les conditions qui se rapprochent le plus de celles dans lesquelles se trouvent leurs camarades bien portants ; il faut de l'air, de l'espace ; il faut aussi les instruire et l'école tiendra autant de place que l'hôpital dans la nouvelle création.

Tout cela a besoin d'être sérieusement étudié et les plans devraient être établis par des hommes compétents. La logique et la raison demandent qu'une Commission soit nommée à cet effet, dans laquelle n'entreraient pas seulement des architectes et des administrateurs, mais aussi des pédagogues et même des médecins. Parmi ces derniers, M. le Dr Lailler, à qui revient l'honneur d'avoir fondé l'Ecole des Teigneux de l'hôpital Saint-Louis (1), M. le Dr Quinquaud qui la dirige actuellement, M. le Dr Butte qui l'assiste dans cette tâche sont tout naturellement désignés par leur compétence et leurs travaux pour donner leur avis sur cette question que personne ne connaît mieux qu'eux. La logique et la raison le demandent ; mais est-ce suffisant pour triompher de la routine ?

En attendant, nous félicitons la Commission de répartition du judicieux emploi qu'elle vient de faire des sommes mises à sa disposition et nous renouvelons le vœu qu'elles ne soient pas gaspillées dans des constructions coûteuses et inutiles.

A. ROUSSELET.

(1) A ce propos, nous apprenons que cette Ecole installée dans de vieux batiments vient de s'ecrouler avant-hier en partie. C'est une raison pour qu'on se hâte de faire la nouvelle construction.

Rossini neurasthénique.

M. Filippi publie dans le *Pratico* (16 mars 1892) quelques extraits du journal intime de Filippo Mordani relatifs à une période peu connue de la vie de Rossini. Il nous montre le grand compositeur atteint de troubles neurasthéniques graves à partir de sa 55me année. Rossini se trouvait alors à Bologne ; il observa les signes précurseurs de la Révolution de 1848, et il fut vivement impressionné par les scènes sanglantes dont cette ville fut le théâtre. Déjà, en 1850, il présentait des troubles physiques et cérébraux très apparents qui s'aggravèrent jusqu'en 1852. Il avait quitté Bologne en 1849 pour venir s'établir à Florence, où il retrouva de chaudes amitiés. Rossini n'était plus alors l'homme d'autrefois, brillant, sceptique, viveur. Son visage était pâle, souffrant, sa démarche lente, interrompue par de nombreux arrêts, son caractère était triste, souvent il était pris de crises de pleurs, d'accès de désespoir, d'impulsions au suicide. Il ne trouvait aux aliments aucune saveur ; son appétit était normal, ainsi que ses digestions ; cependant il était très faible et émacié. Mais il se plaignait surtout d'une sensation intolérable de froid aux mains et de privations de sommeil. « Voilà trois mois et demi que je ne dors pas ! s'écriait-il en 1854. Je souffre, je souffre beaucoup et les médecins ne connaissent aucun remède à mon mal. Ils veulent me faire prendre de l'opium mais je n'en veux pas, je crains qu'il ne me fatigue le cerveau. Je ressens tous les maux d'une femme, il ne me manque que l'utérus ! » Rossini fit une cure balnéaire à Lucca, puis il essaya, également sans succès, du magnétisme. Enfin, en 1855, il retourna à Paris, avec l'intention de se soumettre à un traitement hydrothérapique.

C'est bien là un état neurasthénique, acquis sans nul doute, puisqu'il n'existait aucune tare nerveuse dans sa famille. Son intelligence et sa mémoire étaient restées intactes ; il n'avait pas cessé de s'intéresser à l'art dramatique, bien qu'il n'eût écrit que son *Stabat* depuis 1829.

Est-ce un effet ou une cause ? Toujours est-il que l'insuccès de Sémiramis à Florence et la gloire croissante de Meyerbeer l'affectèrent vivement : « Siècle lâche et ignare, siècle *merdoso !* » répétait-il souvent.

Quoique le journal de Mordani et Rossini lui-même fassent remonter l'origine de sa neurasthénie aux massacres de Bologne, il semble qu'elle date de plus loin. Dans l'espace de 19 ans, Rossini a écrit 36 opéras, dont quelques-uns sont des chefs-d'œuvre.

Trente-six opéras, même avec sa prodigieuse facilité de travail, un nombre peut-être plus considérable de maîtresses, un genre de vie spécial, voilà des causes suffisantes d'épuisement nerveux ! Il nous semble donc que les émotions provoquées par les troubles civils de 1848 ont marqué seulement une subite aggravation d'un état latent.

Rossini, déjà vers l'age de 25 ans, se levait tard, beaucoup plus tard que ne l'exigeaient ses occupations professionnelles. Sans être caractéristique, c'est là un signe de neurasthénie. Comment d'ailleurs expliquer qu'il ait brusquement cessé d'écrire vers l'age de 37 ans, après avoir donné *Guillaume Tell*, en pleine possession d'un talent mûr, d'une gloire incontestée ? Considérée à ce point de vue, la biographie de Rossini présente un autre intérêt à la fois clinique et psychologique ; malgré la gravité de ses symptômes, sa neurasthénie a dû s'amender dans la suite, puisqu'il a pu se ressaisir, après une longue période de repos presque complet, et écrire encore sa *Petite Messe* (1869) qui, à elle seule, suffirait à tirer son nom de l'oubli. M. Filippi s'élève judicieusement contre la doctrine de l'épilepsie générale de la suggestion. L'épilepsie n'a rien à faire ici, rien ne la fait soupçonner ; quant à l'auto-suggestion, c'est seulement à propos de cette reprise de soi-même qu'on pourrait la faire intervenir avec quelque raison.

(*Province médicale*).

Mœurs japonaises.

M. le Dr Michaut, de Yokohama, a publié dernièrement des faits fort intéressants sur le Japon :

« Le Japon, dit-il, est un pays essentiellement humide et pluvieux. La moyenne ordinaire des jours de pluie par année est de 180 à 200 jours. Pendant tout l'été, l'air est saturé d'humidité et la température, sujette à des variations extrêmement rapides, y est aussi élevée qu'en Indo-Chine. L'hiver est très froid. Les maisons sont basses, mal abritées contre les intempéries, ouvertes à tous les vents. Hiver comme été, les indigènes ont la poitrine nue et les jambes découvertes ; la plupart ne portent pas de chapeau.

« Un usage universellement répandu dans ce pays, tant dans la classe riche que parmi la population pauvre, est de prendre chaque soir, et même deux fois par jour, un bain chaud, dont la température n'est jamais inférieure à 42 degrés centigrades et souvent

atteint 50 degrés centigrades. Hommes et femmes, enfants et vieillards, sans distinction d'âge et de sexe, se baignent dans la même eau; dans certains établissements, par mesure de pudeur, les bains destinés aux femmes sont séparés par une corde, que le directeur de l'établissement empêche d'outrepasser. Avant de se plonger dans le bain commun, le baigneur a soin préalablement de faire un lavage à l'eau tiède et au savon. Au bout de quelques minutes, il sort du bain bouillant, avec une peau rouge écarlate semblable à un crustacé cuit, et se fait alors verser sur toute la surface du corps de l'eau froide. La température du corps se maintient durant quelques heures à 38° et 39°,5.

« Peut-être cette coutume explique-t-elle l'immunité dont jouissent les japonais vis-à-vis du rhumatisme, si fréquent en Europe ! Aussi bien faut-il attribuer l'absence complète du rachitisme au Japon et des affections infantiles si communes en Europe, ainsi que la faible mortalité, à une alimentation exclusivement lactée et maternelle prolongée jusqu'à l'âge de cinq, six et même sept ans.

« L'enfant japonais n'est pas emmailloté ; il a des vêtements très larges, ouverts par devant, laissant les jambes nues. Chose curieuse: il apprend de bonne heure à se servir des chaussures nationales, les *gèta*; il marche et court, sans tomber, sur ces sortes de petits bancs très élevés. » (*Bull. de Thérap.*).

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 14. — 2e *de Doctorat* oral (1re *partie*) : MM. Farabeuf, Jalaguier, Sebileau. — 3e *de Doctorat* oral (1re *partie*) : MM. Tillaux, Pinard, Ricard.

MARDI 15. — 2e *de Doctorat* oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Schwartz. — 3e *de Doctorat* oral (1re *partie*) : MM. Panas, Bar, Albarran. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Le Fort, Duplay, Brun.

MERCREDI 16. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Weiss, André. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Joffroy, Marie.

JEUDI 17. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Nélaton, Poirier. — 2e *de doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval. Gley, Charrin. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Menetrier.

VENDREDI 18. — 1er *de Doctorat* : MM. Pouchet, Villejean, Fauconnier. — 3e Fin d'année d'Officiat : MM. Joffroy, Déjerine, Delbet. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Charité : MM. Potain, Brissaud, Chauffard.

SAMEDI 19. — 3e *de Doctorat* oral (1re *partie*) : MM. Tarnier, Le Dentu, Schwartz. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Brun, Albarran.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 16. — M. Houdeville. Contribution à l'étude de l'épistaxis. — M. Fouchon-Villeplée. Contribution à l'étude des corps étrangers du cerveau. — M. Charrade. De la ligature et de la résection de la veine saphène interne dans le traitement des varices.

Enseignement médical libre.

Ophtalmologie. — MM. ROCHON-DUVIGNEAUD et TERSON commenceront le vendredi 18 novembre à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, un *cours pratique d'ophtalmologie*, qui comprendra : 1° ophtalmoscopie et réfraction (avec examen de malades) ; 2° anatomie normale et pathologique de l'œil et de ses annexes, avec notions de bactériologie (démonstration de pièces histologiques, et notions pratiques de technique) : 3° médecine opératoire (avec exercices pratiques). Les cours continueront tous les jours, à la même heure. S'inscrire d'avance à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, tous les matins.

Bactériologie. — Un cours pratique de bactériologie commencera au laboratoire de M. le professeur Cornil, le 12 novembre à 2 heures. Chaque élève sera exercé individuellement aux manipulations. Se faire inscrire par M. le Dr WIDAL, au laboratoire de M. le professeur Cornil, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. ARNOZAN, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. FERRÉ, agrégé, est nommé professeur de médecine expérimentale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. TILLAUX, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à la même Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. MEURER, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est prorogé pour un an dans ses fonctions.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 30 oct. 1892 au samedi 5 nov. 1892, les naissances ont été au nombre de 1028 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 404; illégitimes, 146, Total, 550 — *Sexe féminin :* légitimes, 329 ; illégitimes, 149. Total, 478.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 30 oct. 1892 au samedi 5 nov. 1892, les décès ont été au nombre de 877 savoir : 461 hommes et 416 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11, F. 9, T. 20. — Variole : M 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 4, F. 0, T. 4. — Scarlatine : M. 3, F. 0, T. 3. — Coqueluche : M. 1, F. 2, T. 3. — Diphtérie, Croup : M. 7, F. 8, T. 15. — Affections cholériformes: M. 2, F. 2, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 97, F. 67, T. 164. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 7, T. 22 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8, T. 8 — Tumeurs malignes : M. 18, F. 29, T. 47. — Méningite simple : M. 3, F. 9, T. 12. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 17, T. 40. — Paralysie, M. 2, F. 1, T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 7, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 32, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 21, F. 15, T. 36. — Bronchite chronique. M. 21, F. 15, T. 36. — Broncho-Pneumonie : M. 6, F. 17, T. 23, — Pneumonie : M. 23, F. 14, T. 37. — Gastro-entérite, biberon: M. 22, F. 19, T. 41. — Gastro-entérite, sein: M. 7, F. 4, T. 11. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4 — Débilité congénitale : M. 12, F. 8, T. 20. — Sénilité : M. 12, F. 18, T. 30. — Suicides : M. 9, F. 1, T. 10. — Autres morts violentes : M. 12, F. 5, T. 17. — Autres causes de mort : M. 99, F. 96, T. 195. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 2, T. 3.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 91, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 17. Total : 52. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 14. Total : 39.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Gaston BONNIER, professeur à la Sorbonne, a commencé son cours le vendredi 11 novembre, à 3 heures et demie, dans l'amphithéâtre de physique de la Sorbonne. Il traite de l'anatomie et de la physiologie des végétaux. — M. FOUSSEREAU, docteur ès sciences de Paris, est nommé secrétaire de ladite Faculté, en remplacement de M. Philippon, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — M. JOUBIN, docteur ès science physiques, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Besançon.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — Un congé, pour l'année scolaire 1892-1893, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Sausse, préparateur de physique. M. Belloc, licencié ès sciences physiques, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, des fonctions de préparateur de physique.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE. — M. KILIAN, docteur ès sciences naturelles, est nommé professeur de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Grenoble. — M. Pruvot, docteur ès sciences, maître de conférences à la Faculté des sciences de Paris, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de zoologie.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — M. Rey, licencié ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. MAUCLAIRE et MORESTIN sont nommés, pour quatre ans, à partir du 1er octobre 1892, prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Potherat, démissionnaire, et Delbet, appelé à d'autres fonctions. Sont maintenus pour un an, à partir du 1er novembre 1892, dans les fonctions de chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, MM. Vaquez, Lion et Lyon, clinique médicale; Lyot, clinique chirurgicale; Hudelo, clinique des maladies cutanées et syphilitiques; Pactet, clinique des maladies mentales; Dutil, clinique des maladies nerveuses. Sont institués pour un an, à partir du 1er novembre 1892, chefs de clinique à la Faculté de médecine de Paris, les docteurs en médecine dont les noms suivent : *Chef de clinique médicale* : M. Belin, en remplacement de M. Menétrier, dont le temps d'exercice est expiré. *Chefs de clinique chirurgicale* : MM. Demoulin, Thierry et Villemin, en remplacement de MM. Delbet et Lejars, appelés à d'autres fonctions, et de M. Clado, dont le temps d'exercice est expiré. —

Chefs de clinique obstétricale : MM. Demelin et Lepage, en remplacement de M. Tissier, dont le temps de service est expiré, et de M. Varnier, appelé à d'autres fonctions. — *Chef de clinique ophtalmologique.* — M. Rochon-Duvigneaud, en remplacement de M. Chaffard, démissionnaire. — *Chef de clinique des maladies des voies urinaires* : M. Leguen, en remplacement de M. Martin de Simard, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Boulloche, docteur en médecine, est institué pour un an, à partir du 1er novembre 1892, chef-adjoint de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Guinon, dont le temps d'exercice est expiré.

Commission des Prix. (Année scolaire 1891-1892). — *Prix Lacaze* (Phtisie).— MM. Brouardel, président; Potain, Jaccoud, G. Sée, Peter, Hayem, suppléants.

Prix Barbier. — MM. Le Fort, président; Tarnier, Gariel, Richet, Tillaux, Pouchet, suppléants.

Prix Chatauvillard. — MM. Careot, président; Potain, Dieulafoy, Peter, Debove, Straus, suppléants.

Prix Jeunesse (hygiène). — MM. Brouardel, président; Proust, Gautier, Sraus, Pouchet, Cornil, suppléants.

Prix de Thèses. — MM. Brouardel, président; Laboulbène, Panas, Fournier, Cornil, Lannelongue, Le Dentu, Pinard, Farabeuf, Pouchet, Tillaux, suppléants.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le Pr DUPLAY commencera son cours le mardi 15 novembre 1892, à 9 heures et demi du matin (hôpital de la Charité), et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. Lundi : 1° exercices cliniques (examen des malades par les élèves); 2° conférences et démonstrations d'anatomie pathologique et de bactériologie, au laboratoire de la clinique, à 10 heures, par M. le Dr Cazin, chef du laboratoire. — Mardi : Leçon clinique et opérations (Amphithéatre de la clinique), à 9 heures et demie.— Mercredi : 1° exercices cliniques (examen des malades par les élèves); 2° conférences de Séméiologie et méthodes d'exploration clinique, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la clinique, par M. le Dr Demoulin, chef de clinique. — Jeudi : grandes opérations (chirurgie abdominale); conférences de rhinologie et d'otologie, à 11 heures, par M. Chipault, ancien interne du service. Vendredi : Leçon clinique et opérations. (Amphithéatre de la clinique) à 9 heures et demie. — Samedi : 1° gynécologie (amphithéâtre de gynécologie, à 9 heures, examen des malades; 2° conférences cliniques de gynécologie, à 10 heures, par M. le Dr Rochard, chef des travaux gynécologiques. — *Exercices cliniques du soir* : Jeudi et samedi : A 5 heures exercices cliniques, par M. le Dr Demoulin, chef de clinique. — Mardi : A 5 heures, exercices cliniques de gynécologie, par M. le Dr Rochard, chef des travaux gynécologiques. — Visite des malades tous les jours, à 9 heures : Lundi, mercredi, vendredi, la visite commencera par les salles des hommes; mardi, jeudi, samedi, la visite commencera par la salle des femmes. MM. les étudiants qui voudraient prendre part aux exercices du soir sont priés de se faire inscrire auprès du chef de clinique.

Cours de clinique des maladies mentales. — M. Gilbert BALLET, agrégé, chargé du cours, commencera le cours de Clinique des maladies mentales le dimanche 13 novembre 1892, à 9 heures et demie du matin (asile Sainte-Anne), et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. LABOULBÈNE a commencé le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 10 novembre 1892, à 5 heures (petit-amphithéatre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Dans la premiere leçon, le professeur résumera l'histoire de Celse et de la médecine à Rome.

Clinique d'accouchement et de gynécologie. — M. le Pr TARNIER commencera le cours de clinique d'accouchements et de Gynecologie le mardi 8 novembre 1892, à 9 heures du matin (Clinique d'accouchements, rue d'Assas), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. *Ordre du cours* : mardi et samedi, leçons à l'Amphithéâtre. Visite des malades tous les matins, à 9 heures.

Conférences d'obstétrique.—M. VARNIER, agrégé, commencera ces Conférences le mardi 15 novembre 1892, à 6 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie interne. — M. Chantemesse, agrégé, commencera ces conférences le lundi 7 novembre 1892, à 6 heures (grand amphithéatre de l'École pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la meme heure.

Nominations. —M. Nelaton, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pour l'année sco- laire 1892-1893, d'un cours de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Fromaget (Victor-Camille), docteur en médecine, est institué, pour une période de deux ans, à dater du 1er novembre 1892, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Latrille, dont le temps d'exercice est expiré.—Sont maintenus, pour l'année 1892-1893, dans les fonctions ci-après désignées, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux : 1° *Chefs des travaux pratiques* : MM. Lagrolet, physiologie; Auché, anatomie pathologique. — 2° *Préparateurs* : MM. Sellier, physiologie; Cannieu, anatomie pathologique; Lasserre, travaux pratiques d'histoire naturelle Favrel, travaux pratiques de chimie et de pharmacie; Ducung, cours de travaux pratiques de chimie; Sauvaitre, cours de travaux pratiques de chimie; Dupouy, pharmacie.

Prix. 1re *année* : Médaille d'argent et 100 fr. de livres : M. Mage, Boussac (Creuse). Mention honorable : M. Sicard, de Périgueux (Dordogne); M. Brial, de Lille (Nord). — *Deuxième année* : Médaille d'argent et 100 francs de livres : M. Belzer, de Kaménitz Podolsk (Russie). Mention très honorable : M. Tribondeau, de Cette (Hérault). — *Troisième année* : Médaille d'argent et 185 fr. de livres : M. Crozet, de Saint-Germain-Laval (Loire). Mention honorable : MM. Ziégler, de Strasbourg (Bas-Rhin); Viguier, d'Alban (Tarn). — *Quatrième année* : Médaille d'argent et 185 fr. de livres : M. Laurent, de Brest (Finistère). — *Prix du Conseil général.* : Prix de 300 fr. : M. Matignon, d'Eynesse (Gironde). Mention honorable : M. Laurent, déjà nommé. — *Prix Godard* : Prix de 2.000 fr. (Mémoires produits sur les sujets mis au concours dans la section de chirurgie et d'accouchements) : M. Bitot, de Bordeaux (Gironde). (Mémoire sur les indications du trépan dans les lésions non traumatiques de l'encéphale). Prix de 2,000 fr. (Mémoires produits sur les sujets mis au concours dans la section de médecine) : M. Lamacq, de Guéthary (Basses-Pyrénées). (Mémoire sur la syringomyélie). — *Prix des thèses de l'année* : Médaille d'or d'une valeur de 500 fr. : M. Binaud, de Saint-Ciers-de-Canesse (Gironde). Médaille d'or d'une valeur de 200 fr. : 1re, M. Fromaget, de Saintes (Charente-Inférieure); 2e, M. Sérégé, de Tonneins (Lot-et-Garonne). Médailles de bronze : M. Ferraud, d'Asnières (Vienne); M. Laffite, de Tartas (Landes); M. Roudié, de Castelnaud (Lot-et-Garonne).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Sont institués, pour une période de trois ans, chefs de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier : MM. Sacaze (Elie-Jean-Baptiste), docteur en médecine, en remplacement de M. Rauzier, dont le temps d'exercice est expiré, clinique médicale; Lassalle (Marie-Charles-Antoine), docteur en médecine, en remplacement de M. Lapeyre, dont le temps d'exercice est expiré, clinique chirurgicale. — Sont institués, pour une période de deux ans, aides à la Faculté de médecine de Montpellier : MM. Guérin (Marie-Joseph-Martin-Charles), en remplacement de M. Vires, dont le temps d'exercice est expiré, anatomie; Monseret (Georges), en remplacement de M. Copman, dont le temps d'exercice est expiré, médecine opératoire; Azémar (Jean-Louis-Charles), en remplacement de M. Metz, démissionnaire, physiologie; Arrufat (Léon-Paul-Emile), en remplacement de M. Bosc, appelé à d'autres fonctions, anatomie pathologique et histologie; Fontaine (Charles-Paul-Louis), en remplacement de M. Debru, dont le temps d'exercice est expiré, clinique des maladies cutanées et syphilitiques; Brunschwig (Paul), en remplacement de M. Paulet, dont le temps d'exercice est expiré, clinique des maladies des vieillards; Poujol, préparateur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé préparateur d'anatomie pathologique et histologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Borrel, démissionnaire; Desq, aide-préparateur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé préparateur d'hygiène à ladite Faculté; Mouret, prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier, est prorogé pour un an dans ses fonctions, à dater du 1er novembre 1892.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — *Séance solennelle de rentrée.* — Jeudi 3 novembre a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du recteur, M. Charles, la séance solennelle de rentrée des Facultés de Lyon, en présence de toutes les notabilités politiques, militaires et universitaires du département. M. le professeur Lépine, vice-président du conseil général des Facultés, a passé en revue, dans un rapport très applaudi, les principaux faits de la vie universitaire des Facultés lyonnaises pendant l'année précédente. Il a rendu compte des améliorations apportées dans l'organisation des services. Ainsi, le laboratoire de médecine expérimentale, dirigé par M. Arloing, correspondant de l'Institut, sera doté d'une annexe consacrée à la bactériologie. A la Faculté des sciences, une société industrielle servira une dotation annuelle de 10,000 francs au laboratoire de physique de M. le professeur Gouy. Cette somme

est destinée à subvenir spécialement aux recherches de physique appliquée et surtout d'électricité. Le discours d'usage a été prononcé par M. Appleton, professeur à la Faculté de droit, qui a étudié « la condition sociale et politique des femmes devant le Code civil et le droit moderne. »

Nominations. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1892-1893, à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon: 1° *Chefs de travaux de laboratoires* : MM. Moudon, clinique, chirurgicale; Dor, docteur en médecine, clinique chirurgicale; Roux, agrégé, clinique médicale. M. Métroz (chef des travaux de pharmacie), clinique médicale, en remplacement de M. Barral, dont les fonctions sont expirées: Rochet, agrégé, médecine opératoire; Didelot, agrégé, physique; Coutagne, médecine légale; Rodet, agrégé, médecine expérimentale comparée; Despeignes, zoologie; Dodon, physiologie; Vialleton, agrégé, anatomie générale d'histologie; Dervide, agrégé, pharmacie, en remplacement de M. Métroz, appelé à d'autres fonctions; Bayrac (chef des travaux de chimie organique), chimie minérale, en remplacement de M. Moreau, dont les fonctions sont expirées.— 2° *Préparateurs*: MM. Genoud, zoologie; Lacroix, anatomie générale et histologie; Gautier, pharmacie; Bret, anatomie pathologique; Courmont, agrégé, médecine expérimentale et comparée; Courmont est autorisé à prendre le titre de chef des travaux adjoint; Albertin, médecine opératoire; Briau, physiologie; Nicolle, préparateur de chimie organique), clinique médicale, en remplacement de M. Regaud, dont les fonctions sont expirées; Mathey (Auguste), chimie organique, en remplacement de M. Nicolle, appelé à d'autres fonctions; Siraud (Marius-Victor), anatomie, en remplacement de M. Girard, dont les fonctions sont expirées. — 3° *Moniteurs* : MM. Loison, chimique chirurgicale; Chantre, clinique chirurgicale; Pittion, clinique médicale; Jamin, clinique obstétricale; Voillot, travaux pratiques d'anatomie générale; Rossigneux (chef de clinique), clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Coronat, dont les fonctions sont expirées. — 4° *Aide de clinique* : M. Givre, maladie des enfants.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Foussereau, docteur ès sciences, maître de conférences à la Faculté des sciences de Paris, est nommé secrétaire à de ladite Faculté, à dater du 1er janvier 1893, en remplacement de M. Philippon, qui sera admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. VILLE, agrégé, est nommé professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. BÉZY, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, est maintenu, pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions de chargé de cours de clinique des maladies des enfants à ladite Faculté.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. Beauvisage, agrégé, est maintenu, pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de matière médicale et botanique. M. Mathieu (Louis-Paul) est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, préparateur du laboratoire de matière médicale et botanique, en remplacement de M. Serbouse, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions ci-après désignées : 1° Chefs de travaux : MM. Marie, agrégé, chimie; Morel, laboratoire de clinique (anatomie pathologique et histologie); Gérard, laboratoire de clinique (chimie). — 2° Préparateurs : MM. Soulié, histologie; Daumic, anatomie pathologique; Baylac, pathologie interne; Bardier, physiologie; Estienny, hygiène.

M. Abélous, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, chef des travaux de physiologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Bédart, dont la délégation est expirée. Sont nommés, pour l'année scolaire 1892-1893, préparateurs : MM. Por[illegible] (Paul), en remplacement de M. Durant[illegible], dont la délégation est expirée, pharmacie; Pugens (Jean-Pierre), en remplacement de M. Soula, dont la délégation est expirée, matière médicale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. BLAISE, agrégé libre, près la Faculté de médecine de Montpellier, est institué, pour une période de 3 ans, à partir du 1er novembre 1892, chef de travaux d'histologie et d'anatomie pathologique du laboratoire des cliniques de la dite Faculté en remplacement de M. Brousse, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. LECLERCQ (Jules-Alexis-Gustave), bachelier ès sciences, est nommé aide-préparateur de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Baillet démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M AUDRY, chef de clinique chirurgicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est chargé d'un cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. DUFFNER est institué, pour une période de trois ans, chef de la clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Adam.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont maintenus pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions ci-après désignées, à la Faculté de médecine de Nancy : 1° *Directeur du laboratoire des cliniques* : M. Guérin, agrégé. — 2° *Chefs des travaux* : MM. Prenant, chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques; Guilloz, chef des travaux du laboratoire de physique; Voirin, chef des travaux du laboratoire de chimie; Vuillemin, chef des travaux du laboratoire d'histoire naturelle; Trèche, chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie. — 3° *Préparateurs* : MM. André, préparateur de thérapeutique; Guillaumont, préparateur de médecine légale; Barth, préparateur d'anatomie pathologique; Lambert, chargé des fonctions de préparateur de physique; Pillon, préparateur d'histoire naturelle. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1892-1893, à la Faculté de médecine de Nancy : 1° *Chef des travaux du laboratoire d'hygiène* : M. Breul (François), docteur en médecine, en remplacement de M. Friot, dont les fonctions sont expirées.—2° *Préparateurs* : MM. Beuvignon (Achille-Charles), en remplacement de M. Jacques, dont les fonctions sont expirées, chimie (cours); Hanus (Pierre-Antoine-Flavien-Octave), en remplacement de M. Durand, dont les fonctions sont expirées, histologie. — MM. Delbet (Paul), Glantenay, Walch, Bouglé et Wassilieff sont nommés, pour trois ans, à partir du 1er octobre 1892, aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Dagron, Chipault et Delagénière, dont le temps d'exercice est expiré, de M. Mauclaire, appelé à d'autres fonctions, et de M. Faure, démissionnaire. M. Braquehaye est délégué, du 1er octobre 1892 au 30 septembre 1893, dans les fonctions d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Morestin, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. PLANCHON, professeur d'histoire naturelle des médicaments à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est nommé pour trois ans directeur de ladite École.

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. WELSCH, docteur ès sciences naturelles, est nommé professeur de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Poitiers.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. Gerber (Charles-Eugène-Adolphe), pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. Brault (Jules-François-Marie-Joseph), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS.— M. Pajot (Louis-Alexandre-Alfred), pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. — M. Pancier (François-Félix), pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS. — M. Sarazin, suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est chargé pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de physique à ladite Ecole. M. Feillé, professeur de pathologie interne, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Farge admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — M. Gossart, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Caen, est chargé, en outre, du cours de physique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE A L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DE SCIENCES ET DES LETTRES DE CHAMBÉRY. — M. Clémencot, professeur au lycée de Chambéry, est chargé en outre, pendant l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de botanique à l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de cette ville. Un congé sans traitement, pour l'année scolaire 1892-1893, est accordé, sur sa demande, à M. Hollande, chargé du cours de botanique à l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Chambery.

École de médecine et de pharmacie de Grenoble. — M. Bordier, docteur en médecine, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble. — M. Labatut, suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de chimie et de toxicologie à ladite Ecole.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — M. Brousse, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de pathologie, externe. Un congé, pour l'année scolaire 1892-1893, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Fleurot, professeur de pathologie externe.

Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges. — M. Raymondaud, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie chirurgicale à ladite Ecole. — M. Chénieux, professeur de pathologie chirurgicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Ecole.

Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. Gourret, docteur ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — MM. Guillot et Villeneuve sont maintenus, pour l'année scolaire 1892-1893, le premier dans les fonctions d'aide préparateur de chimie, le second dans les fonctions d'aide préparateur d'histoire naturelle à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. M. Carquet (Joseph-Jean-Fulerand), bachelier ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, aide-préparateur de pharmacie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. Verdier, dont la délégation est expirée.

Ecole supérieure de pharmacie de Nancy. — M. Schlagdenhauffen, professeur de toxicologie et de physique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, est nommé pour trois ans, à partir du 16 octobre 1892, directeur de ladite Ecole. Sont maintenus, pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions ci-après désignées à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy : 1° Chefs de travaux : MM. Klobb, agrégé, travaux pratiques de chimie et de pharmacie ; Brunotte, agrégé, travaux pratiques d'histoire naturelle et micrographie. — 2° Préparateurs : MM. Grélot, matière médicale, minéralogie et hydrologie ; Biémont, toxicologie et physique ; Roth (chargé des fonctions de préparateur), pharmacie chimique et galénique.

Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. — MM. Pérochaud (Joseph-Valentin) et Monnier (Urbain-Jean-Marie), docteurs en médecine, sont institués, pour une période de neuf ans, suppléants des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Sourisse est nommé aide de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Guilbaud, dont le temps d'exercice est écoulé.

Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes. — M. Crié (Louis-Auguste), docteur ès sciences, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

Ecole de médecine et de pharmacie de Reims. — M. Colleville, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1892-1893, des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à ladite Ecole. Un congé sans traitement, pour l'année 1892-1893, est accordé, sur sa demande, à M. Langlet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Les questions posées à l'épreuve orale pour les candidats volontaires ont été les suivantes : *Crosse de l'aorte ; S. et D. de l'insuffisance aortique. — Artère fémorale ; Signes de la coxalgie.*

Concours de l'Externat. — Les questions posées aux épreuves orales d'anatomie et de pathologie par les candidats devant faire cette année leur service militaire, ont été les suivantes. — *Anatomie : Tiers supérieur du fémur ; Rapports et configuration de la face inférieure du foie ; — Muscles masticateurs ; — Biceps brachial antérieur. — Petite Chirurgie : Signes de la pneumonie franche aiguë ; — Vésicatoires ; — Appareil plâtré ; — Des injections sous-cutanées.* Le 8 novembre ont commencé les épreuves pour les candidats ordinaires.

Association des dames françaises. — *Cours.* — A l'Association des dames françaises, 10, rue Gaillon, la première série des cours publics et gratuits pour l'instruction de brancardiers infirmiers volontaires en cas de guerre ou de calamités publiques commencera le mardi 8 novembres à quatre heures, et se continuera les mardis et samedis suivants. Cette première série ne comprendra que six leçons avec exercices pratiques.

Grève de médecins. — On rapporte que les médecins provinciaux de Danemark, trouvant que les honoraires que leur alloue l'administration sont insuffisants pour assurer leur existence, se sont refusés à continuer plus longtemps leurs services. Il se plaignent, en outre, d'être surchargés de besogne. Le *Journal médical de Copenhague* engage tous les médecins à ne pas accepter les postes médicaux qui leur sont offerts, tant que l'administration n'aura pas augmenté la rétribution qu'elle accorde pour les visites médicales.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Bérard, Nicolas, Sortais, Bert, Gerest, Aurand, Denis, La Bonardière, Alex, Bonne, Brian, Pillard et Chaquis.

Le choléra. — *En Belgique.* — Le choléra fait toujours des victimes en Belgique. A Molenbeek, il y a eu hier 5 cas et 3 décès. A Liège, 3 cas et 2 décès. La commission sanitaire de l'Escaut a décidé que les provenances des ports de Hollande, y compris Amsterdam et Rotterdam, seraient soumises seulement à une simple visite sanitaire. Une observation de vingt-quatre heures pour les provenances françaises est provisoirement maintenue. Les provenances des ports de la Baltique ne seront plus soumises qu'à une observation de vingt-quatre heures. Pour les provenances de Hambourg, l'observation est réduite à deux jours.

En Russie. — Le rapport hebdomadaire, relatif au choléra, donne, du 18 au 30 octobre: pour la ville de Kiew, 157 cas, 46 décès ; pour le gouvernement de Kiew, 2.471 cas et 786 décès ; pour le gouvernement de Tambov, 647 cas et 275 décès. Le choléra a éclaté de nouveau à Trébizonde.

Aux Pays-Bas. — A Scheveningue on a constaté deux cas de choléra, dont un suivi de décès.

En Perse. — Suivant le *Times*, à Ispahan, il y aurait, en effet, actuellement une épidémie assez forte de choléra, de même qu'aux environs de la ville de Chiraz.

Les inconvénients des honneurs pour les médecins. — Jeudi, il y a 8 jours, le médecin Mavrogeni-Pacha, accompagné de trois dignitaires du palais du sultan de Turquie, a été conduit devant le patriarche grec et obligé de jurer sur l'Evangile, devant celui-ci et les dignitaires, qu'il n'avait jamais rien écrit contre le sultan. Il a juré également fidélité. Procès-verbal du serment a été signé et porté au palais. Le lendemain, Mavrogeni-Pacha a obtenu son pardon et a été réintégré dans ses fonctions.

Les associations pour l'avancement des sciences dans les divers pays. — Nous avons dit ailleurs que cette année à Pau s'étaient rendus seulement 450 congressistes environ. Or, la même année, à Edimbourg, la *British Association* réunissait 2.000 membres. Si le Congrès des naturalistes allemands n'avait pas été ajourné en raison du choléra, il est probable qu'il y aurait eu au lieu de la session une affluence aussi considérable. A quoi tient notre infériorité? M. Olivier le dévoile très nettement dans un article consacré au Congrès d'Edimbourg. Cela tient à ce que la science et les savants sont plus honorés à l'étranger et à ce que la centralisation n'est pas poussée à l'extrême comme chez nous ; te si la distinction entre Paris et la province existe en France, cette distinction n'est pas « un peu bourgeoise », comme le dit M. Olivier. Elle est malheureusement réelle et il est grand temps de réagir contre tout ce qui pourrait tendre à l'exagérer.

Laboratoire de Luc-sur-Mer. — M. Chevrel, docteur ès sciences préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Caen, est maintenu, pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions de chef des travaux zoologiques au laboratoire de Luc-s-Mer.

Maison de santé de Saint-Lazare. — *Personnel de l'Infirmerie spéciale* (maladies vénériennes). *Médecins* : MM. Chéron ; Le Tileur ; Barthélemy. *Suppléant* : M. Feulard. — *Chirurgiens* : MM. Julien ; Verchère. *Suppléant* : M. Ozenne.

Nouveaux journaux. — Nous recevons le 1er numéro d'un nouveau journal : *The clinical Journal*, paraissant toutes les semaines, 18, Middle Street, Aldersgate.

Université de Bordeaux. — *Hotel des étudiants.* — La presse politique a été seule conviée il y a quelques jours, à une séance intime au nouvel hotel des étudiants, de Bordeaux, qui pa-

rait-il, sera plus confortable que le précédent. Nous regrettons vivement que la presse médicale, qui s'intéresse si vivement à tout ce qui touche à la vie scolaire de nos étudiants, dit la *Gazette Hebd. des Sci. méd.* de cette ville, n'ait pas été appelée avec nos confrères de la *Gironde* et du *Nouvelliste* à visiter les nouveaux locaux de l'association avant leur inauguration officielle. Il n'y a pas qu'à Bordeaux que l'Association des étudiants néglige la Presse médicale. A Paris, jamais la presse spéciale n'est prévenue lors d'une cérémonie quelconque. On préfère (avec raison sans doute) la publicité du *Figaro*.

Une centenaire. — On a inhumé, cette semaine, à Evaux (Creuse), une pensionnaire de l'hospice âgée de cent quatorze ans. Elle se rappelait très bien de l'année de la Terreur. Il y avait déjà longtemps qu'elle ne sortait plus du lit. Cette bonne vieille s'est éteinte sans agonie et sans douleur.

Un miracle antique. — Vers le milieu de 1730, Jeanne Carnot, une aïeule du président de la République actuel, alors âgée de 65 ans, sentit, au-dessous du genou de la jambe gauche, des démangeaisons auxquelles succédèrent « quantité de boutons, qui devinrent de la grosseur d'une noisette, et une inflammation considérable qui gagna tout au long de la même jambe jusqu'au bout du pied. » Elle fut bientôt réduite à un tel état qu'elle ne put faire quelques pas sans le secours d'un bâton, « lequel même, dit-elle, ne suffisait pas pour m'aider à marcher, ne pouvant appuyer ma jambe et la poser à terre sans y ressentir de grandes douleurs ». Un chirurgien la soigne : le mal empire. Une fièvre violente envahit la malade ; elle perd le sommeil, l'appétit et devient d'une effroyable maigreur. Jeanne Carnot se résigne à la volonté du Seigneur et ne lui demande plus que la patience dont elle a besoin. Sur ces entrefaites, en février 1731, on lui parle des miracles opérés sur la tombe d'un certain Pâris. Elle forme le dessein d'y aller seule, à pied. Cette résolution prise, elle se sent déjà mieux. Elle part le lendemain matin, à six heures ; à 7 h. 1/2, elle est dans le cimetière. Elle guérit en quelques instants.

Vétérinaires conseillers d'arrondissement. — Dans le canton de Mauvezin (Gers) a eu lieu une élection au Conseil d'arrondissement. Le candidat républicain, M. Olivier, médecin-vétérinaire à Montfort-du-Gers, a été élu par 687 voix de majorité.

Nécrologie. — M. le Dr Lièvre, médecin des colonies, vient de mourir à Bammakou (Soudain français). M. le Dr Lièvre était le fils d'un des savants les plus distingués de province, M. Lièvre, bibliothécaire de la ville de Poitiers, ancien pasteur à Angoulême. Son frère est aide-commissaire de la marine, et son beau-frère, M. Dez, professeur au lycée Buffon. Le plus bel avenir semblait réservé au Dr Lièvre qui avait apporté un intérêt passionné à l'étude des diverses colonies où il avait successivement résidé comme médecin de la marine ou médecin colonial. — On annonce d'Ajaccio la mort de M. le Dr Paoli, médecin principal en retraite, conseiller général de la Corse, pour le canton de Salice, président de la commission départementale, officier de la Légion d'honneur. — M. le Dr Castagné (de Cahors) et M. le Dr Lestya (de Morlaix) dont nous avons annoncé le legs important à la ville de Morlaix, dans notre dernier numéro. — M. le Dr Queirel, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille, a été écrasé entre deux trains, dimanche dernier.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchement.* — Enseignement obstétrical, clinique et théorique (1892-93).

Enseignement clinique : M. le Dr P. Budin, chef de service, tous les jours à 9 heures. — Mardi, jeudi, samedi : Lecture des observations et interrogatoire des élèves. — Jeudi à 10 heures 1/2 : Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Les élèves seront dirigés dans la pratique des accouchements par des moniteurs.

Enseignement théorique et manœuvres opératoires : M. le Dr Bonnaire, accoucheur des hôpitaux. Leçons : Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir. — Ouverture du cours de M. le Dr Bonnaire, le mardi 18 octobre, à 5 heures du soir. — Conférences par M. le Dr Legry, chef de laboratoire du service. Chaque période d'enseignement complet durera deux mois et demi environ.

Hospice de Bicêtre. — *Samedi.* Visite du service de M. Bourneville.

Hopital du Midi. — M. le Dr Balzer, médecin de l'hôpital du Midi, commencera ses conférences théoriques et pratiques sur les maladies vénériennes le jeudi 17 novembre, à 9 h. 1/2, dans son service, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON,
120, boulevard Saint-Germain.

Horteloup. — Leçons sur l'uréthrite chronique (Goutte militaire), recueillies par Wickham (Ed.). Volume in-8 de 139 pages.

Mairet et Bosc. — De l'influence des accès isolés d'épilepsie sur la température. Brochure in-8 de 57 pages, avec 8 tracés. Prix . . . . 1 fr. 50

Mairet et Bosc. — Recherches sur la toxicité de l'urine normale et pathologique. Volume in-4 de 136 pages, avec nombreux tableaux et une planche hors texte. — Prix . . . . . . 3 fr.

Pozzi (S.). — Traité de gynécologie clinique et opératoire. Volume in-8, cartonné de 1,182 pages, avec 507 figures.

Saint-Thomas's Hospital Reports edited by Hadden and Anderson. Volume in-8 cartonné de xxxii-555 pages. — London, 1892. — J. et A. Churchill.

Brouardel (P.). — Sur le système sanitaire adopté par la conférence de Venise pour empêcher le choléra de pénétrer en Europe par l'isthme de Suez. Brochure in-4 de 5 pages. — Paris, 1892. — Librairie Gauthier-Villars.

Canger (R.). — Sul delirio da influenza. Brochure in-8 de 17 pages. — Nocera Inferiore, 1892. — Tipografia del Manicomio.

Dupuy (B.). — Alcaloïdes (Histoire, propriétés chimiques et physiques, extraction, action physiologique, effets thérapeutiques, toxicologie, observations, usages en médecine, formules, etc.). 2 volumes in-4, formant ensemble 1,423 pages. — Prix : 32 fr. — Paris 1889. — Chez l'auteur, 15, Passage de la Main-d'Or.

Malécot (A.). — Sonde se fixant d'elle-même à demeure dans la vessie. Brochure in-8 de 4 pages. — Paris, 1892. — Typographie Hennuyer.

Terson (A.). — Les verrucosités hyalines de la portion papillaire du nerf optique. Brochure in-8 de 14 pages. — Paris, 1892. — *Archives d'Ophtalmologie.*

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES,
4, rue Antoine Dubois.

Cornet (P.). — L'art d'administrer les médicaments aux enfants. Volume in-18 de 140 pages. — Prix. . . . . . . 3 fr

Librairie G. STEINHEIL,
2, rue Casimir-Delavigne.

Arnaud (L.). — Traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique. Brochure in-8 de 64 pages.

Ridlon (J.). — Supracotyloid Dislocation. Brochure in-12 de 6 pages. — New-York, 1891. — *New-York Medical Journal.*

Dardel (J.). — Aix en Savoie. Les indications des eaux. Le plateau du Revard. Volume in-8 de 84 pages.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 47. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 19 NOVEMBRE 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Asile Clinique. — M. Gilbert BALLET, professeur agrégé.

Le délire de persécution à évolution systématique.

Leçon recueillie par M. F. PACTET, chef de clinique de la Faculté à l'Asile Sainte-Anne.

Messieurs,

J'ai souvent, au cours de ces leçons, fait allusion au *délire de persécution à évolution systématique.* Je me propose aujourd'hui d'appeler spécialement votre attention sur cette variété de vésanie, afin de préciser ses caractères et de vous dire la place qu'on doit, à mon sens, lui assigner parmi les délires de persécution.

C'est Lasègue, vous le savez, qui, en 1852, isola les persécutés des mélancoliques et des lypémaniaques de Pinel et d'Esquirol. Rien n'était plus légitime que la création de ce groupe particulier, car l'observation clinique révèle entre les mélancoliques et les persécutés des différences fondamentales, que Guislain avait déjà entrevues d'ailleurs et que j'ai eu maintes fois l'occasion de vous signaler. Depuis lors, on a poursuivi l'étude des persécutés, et l'on n'a pas tardé à s'apercevoir qu'ils ne sont pas tous identiques les uns aux autres.

Les idées de persécution, en effet, constituent en pathologie mentale un symptôme presque banal, qui s'observe dans des situations cliniques très diverses. C'est ainsi qu'on peut les rencontrer chez les alcooliques, les déments séniles, chez les dégénérés hallucinés ou non, voire même chez certains paralytiques généraux. Mais dans ces différents états morbides elles ne représentent qu'un élément accessoire, un épisode noyé le plus souvent au milieu de troubles psychiques d'un autre ordre.

Il est des cas, au contraire, où l'idée de persécution constitue le fond même du tableau pathologique, comme l'avait soigneusement noté Lasègue ; on a alors affaire aux persécutés proprement dits. Or, quand on envisage ces derniers, on constate qu'ils se comportent, relativement à l'évolution de leur délire, de façons fort diverses : les uns entrent plus ou moins brusquement dans la folie; d'autres, au contraire, n'y pénètrent que lentement et d'une façon progressive; il en est qui n'y séjournent que temporairement et guérissent; d'autres sont frappés définitivement et restent incurables : le délire, en un mot, suit des évolutions variables. Aussi n'a-t-on pas tardé à s'apercevoir qu'il y avait lieu de dissocier le groupe des persécutés, tel que Lasègue l'avait conçu.

C'est en obéissant à cette préoccupation, que M. Magnan et ses élèves se sont attachés à isoler de l'ensemble du délire de persécution une variété qu'ils se sont efforcés de constituer en entité morbide, parfaitement distincte d'après eux des états voisins ou similaires. C'est cette entité qui porte aujourd'hui en pathologie mentale les noms de *Délire chronique* (Magnan) (1), de *Psychose systématique progressive* (Garnier), de *Délire chronique régulier* (Camuset), qu'il vaut peut-être mieux appeler, avec M. Falret, délire de persécution à évolution systématique.

Abordons son étude clinique ; nous aurons ensuite à nous demander si elle constitue une forme absolument autonome et nettement séparable, nosologiquement parlant, de celles qui lui ressemblent et l'avoisinent.

Mais, au seuil de cette étude, il est utile de vous rappeler, avant de procéder à l'examen des malades, quels sont les caractères principaux qu'on assigne au délire chronique, et qui en feraient une espèce morbide distincte des autres modalités du délire des persécutions.

Le premier de ces caractères vise l'étiologie : Tandis que la plupart des persécutés, ceux qu'on appelle les persécutés dégénérés, auraient d'habitude une lourde hérédité nerveuse, les délirants dits chroniques auraient une hérédité nulle ou peu chargée.

Le second caractère est relatif à l'époque du début de l'affection et aux antécédents du malade antérieurement à ce début. Le délire chronique fait son apparition d'une façon tardive, de 30 à 50 ans en moyenne, chez des individus qui jusque-là n'ont présenté ni déséquilibration mentale ni stigmates de dégénérescence.

Une fois installé, il marche avec lenteur et parcourt d'une façon régulièrement progressive les quatre périodes suivantes : 1° Période d'*incubation* durant laquelle l'affection se révèle par de l'inquiétude et des interprétations délirantes; 2° Période de *persécution*, avec hallucinations des divers sens, en particulier de l'ouïe et de la sensibilité générale ; 3° Période de *mégalomanie* durant laquelle les idées de persécution s'effacent pour faire place aux idées de grandeur; 4° Enfin, période de *démence*.

Ainsi donc étiologie spéciale, différente au moins de celle des délires de persécutions de nature dégénérative, début tardif à l'âge moyen de la vie, marche lente et progressive, succession régulière dans un ordre déterminé et obligé de quatre périodes ayant chacune leur symptomatologie propre, tels sont les caractères qu'on est convenu d'assigner au délire de persécution à évolution systématique, et qui suffiraient pour le distinguer nettement des autres modalités délirantes qui s'en rapprochent plus ou moins.

Nous aurons tout à l'heure à apprécier la valeur de ces différents caractères. Mais il nous faut préalablement envisager en face la réalité concrète. Aussi vais-je faire

(1) On trouvera les idées de M. Magnan et de ses élèves exposées dans les travaux suivants :

a). Magnan. — Leçons ; in *Gaz. méd. de Paris*, 1877 ; in *Progrès médical*, 1887-91.

b). P. Garnier. — *Des idées de grandeur dans le délire de persécution*. Th. Paris, 1877.

c). Gérente. — *Considérations sur l'évolution du délire dans la vésanie*. Th, Paris, 1883.

d). Magnan et Sérieux. — *Le délire chronique à évolution systématique*. (*Encyclopédie scientifique des aides-mémoires*), Masson, 1892.

e) Discussion à la *Soc. méd. psych. de Paris*, 1888.

passer devant vous quelques malades qui répondent certainement au type décrit par M. Magnan.

Le premier, Peyr..., est un homme de 54 ans, de forte constitution physique, d'une intelligence en apparence vive et assez vigoureuse. La seule particularité qu'on ait à relever dans ses antécédents héréditaires est la suivante : son père était violent et emporté ; marié trois fois, il a rendu ses trois femmes malheureuses.

Quant aux antécédents personnels du malade, on ne signale dans son enfance aucune maladie sérieuse, aucune anomalie notable d'intelligence ou de caractère. A l'école primaire il passait pour un élève travailleur et intelligent. Quand il eut 13 ans, son père, qui était employé aux contributions directes, l'occupa dans son bureau. Il y resta jusqu'à l'âge de 19 ans. A cette époque il eut une discussion avec un supérieur, et, par coup de tête, s'engagea dans les zouaves. Deux ans plus tard il fut réformé et revint occuper son ancien emploi. Il était d'un caractère emporté et violent, mais néanmoins estimé de ses chefs. A 22 ans il se maria, et, en 1870, il quitta sa situation aux contributions pour prendre une place d'administrateur d'un journal en province. Il ne tarda pas à entrer en dissentiment avec les directeurs du journal, et il dut, au bout d'un an, résilier ses fonctions. Il avait alors 33 ans. Son entourage ne tarda pas à s'apercevoir qu'il devenait méfiant à l'excès, qu'il était sans cesse mécontent, qu'il se plaignait constamment de quelqu'un. A cette époque il entra à la Compagnie du gaz. Mais les dispositions soupçonneuses de son esprit ne firent que s'accentuer. Il était peu communicatif, n'adressait presque jamais la parole à ses collègues, était sans cesse en désaccord avec ses chefs. Il répétait constamment qu'il n'y avait dans son administration que de la crapule et de la canaille.

Vers ce même temps il devint jaloux de sa femme. Il lui reprochait de le tromper, bien que sa conduite ne donnât prise à aucun soupçon. Il alla même jusqu'à la frapper. Un jour il aperçut sur le parquet une tache d'huile, il prétendit que c'était une tache de sperme. Un rideau tiré, une porte entr'ouverte constituaient des signes d'intelligence de sa femme avec ses amants. Le soir il inspectait minutieusement les lits.

Vous voyez-là, Messieurs, les symptômes qui caractérisent la première période du délire chronique, cette phase d'inquiétude, de soupçons vagues, d'interprétations délirantes, à laquelle va bientôt succéder la seconde, celle au cours de laquelle les accusations se précisent, les hostilités sont mieux définies en même temps qu'apparaissent les hallucinations. Poursuivons l'histoire du malade.

Peyr... ne tarda pas à accuser ses camarades d'une façon précise et formelle. Il leur reprochait de s'acharner après lui, de faire partie de la *bande à Jésus*. Il rapportait à sa personne tous les propos tenus : ce n'étaient que lazzi, que moqueries à son adresse. On procédait par allusion, sans le prendre directement à partie : mais ces allusions étaient tellement transparentes qu'il était impossible de s'y méprendre. Un jour un employé dit par hasard : « On fait beaucoup de bruit dans ce bureau ». Aussitôt Peyr... se convainct que cette phrase est dite dans l'intention de lui faire remarquer que tout ce bruit est fait dans le but de le troubler dans son travail. Bientôt les hallucinations de l'ouïe font leur apparition. Peyr... entend des injures ; on le traîne dans la boue lui et sa famille, on l'appelle « courtier de prostitution. » « mouchard, voleur, assassin. » On répète au bureau tout ce qu'il a dit la veille à sa femme et à ses enfants. Pour que ses collègues soient ainsi au fait des conversations qu'il tient dans sa famille, il faut que sa femme les leur répète et soit de connivence avec eux. Au reste, sur ce point, il a tenu à se faire une conviction et voici comment il s'y est pris : un jour il a eu avec sa femme un rapport sexuel au moment des règles ; le lendemain au bureau tout le monde disait : « Le vieux salaud, il a voulu b... sa femme qui avait ses règles. »

Aux hallucinations de l'ouïe ne tardent pas à se juxtaposer les hallucinations gustatives. Le café qu'il prend chez lui a un goût particulier, il est amer et après l'avoir bu il éprouve des coliques et un malaise général. Il ne doute pas que sa femme veuille l'empoisonner pour se prostituer plus aisément à ses ennemis. Son animosité contre elle devient si vive qu'il se présente à elle armé d'un revolver et la menace de mort.

Vous voyez apparaître déjà ces réactions violentes dont les persécutés sont coutumiers et qui en font des aliénés dangereux au premier chef. Au reste, Peyr... n'eût pas été un persécuté parfait s'il n'eût, comme les malades de son espèce, assailli de ses réclamations et de ses doléances les autorités par lui jugées compétentes. C'est en effet ce qu'il a fait. Il a écrit aux ministres de l'intérieur et de la justice de longues lettres, dans lesquelles il dénonçait les machinations dont il se croit victime, réclamant pour ses persécuteurs un châtiment exemplaire. Une de ces lettres dans lesquelles il accusait violemment un de ses supérieurs lui a valu sa révocation d'employé aux contributions directes, administration où il était rentré après avoir en 1890 quitté la Compagnie du gaz. Le malade m'a remis une copie de cette lettre. Bien qu'elle soit un peu longue, je crois devoir vous la lire, car elle est très topique.

Versailles, le 24 avril 1892.

Monsieur le Ministre de la Justice,

J'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation des faits d'une gravité tout exceptionnelle, qui font sans doute partie du programme adopté par la coalition cléricale, dont les débordements de haine cherchent à atteindre la République et les républicains dans leur honneur et leurs intérêts.

Ces faits sont d'autant plus graves qu'ils émanent de fonctionnaires haut placés dans l'administration des finances. Il s'agit du Directeur et du premier commis des Contributions directes de Versailles.

En 1890, j'ai été obligé de quitter la Compagnie du gaz après seize ans de bons et loyaux services, en raison de la guerre inqualifiable dont j'ai été l'objet aussitôt après l'échec des boulangistes en septembre 1889.

Je trouvai un emploi à la Direction des Contributions directes de Seine-et-Oise, où je suis entré le 8 octobre 1890, et où je suis encore.

Il y avait à peine huit jours que je faisais partie du personnel, quand les mêmes procédés qui m'avaient obligé de quitter la Compagnie du gaz se manifestèrent. Les insinuations les plus malveillantes, le persiflage le plus grossier se donnèrent un libre cours.

Le Directeur et le premier commis se tenaient à l'écart, en apparence. J'avais 53 ans, je fis un effort désespéré et je laissai dire et faire sans jamais laisser échapper une plainte.

Dès que les travaux de l'année furent terminés, c'est-à-dire vers la fin du mois de mars, M. R..., premier commis, se mit ouvertement de la partie ; et un jour, dans une conversation avec son ami S..., dont j'entendais quelques mots, il conclut par ceux-ci. « C'est un républicain. »

Malgré l'animosité que j'excitais, je me suis décidé au mois de septembre dernier à faire venir ma famille. Mais avant, et pour m'assurer si M. R..., Directeur, dirigeait ou non cette infamie, sans formuler aucune plainte, je lui ai demandé une augmentation de traitement qu'il m'accorda avec la plus grande bienveillance.

Croyant être certain que le Directeur était étranger à ce qui se passait, je fis venir ma femme avec mes deux plus jeunes enfants.

A peine étions-nous installés que M. R..., qui était en congé, revint brusquement, bien avant l'expiration de son congé. Le lendemain de son arrivée, à propos d'un store qui n'était pas baissé, il m'adressa pour la première fois une impertinence qui me causa une impression des plus douloureuses. Je compris que j'avais été dupe d'une bienveillance qui n'était qu'affectée.

Ici commence une chose horrible et dont je n'oserai pas écrire bien des détails.

Je croyais ma femme honnête, une femme de 50 ans, avec laquelle je suis marié depuis 32 ans; je m'étais trompé! Mon fils aîné a été corrompu à la Compagnie du gaz où il est employé; il a corrompu ses cinq sœurs; il a corrompu son frère âgé de 10 ans; il a corrompu sa mère.

Voilà *tout* le programme du parti clérical, puisqu'ainsi on le désigne : Pourrir la société pour s'en rendre maître! — La Compagnie du gaz l'aide puissamment dans cette œuvre diabolique.

Il y avait déjà plusieurs mois que j'avais exprimé le désir de faire venir ma famille. Qu'ont fait alors ces Messieurs, qui me poursuivent d'une haine féroce, sans que je puisse y voir d'autres motifs que mes principes républicains? Ils ont donné à cette vieille femme un amant de 25 à 30 ans, qui signe D..., ils l'ont fait venir à Versailles, à la Direction des Contributions directes, comme expéditionnaire d'abord et, quelques jours après l'arrivée de ma famille, il est entré au bureau comme employé.

Le premier jour de son entrée en fonctions, il grava profondément sur le mur des cabinets le mot « Tempête », il y est encore; et le soir, au moment de sortir, il se tourna effrontément vers moi, et me dit à haute voix : « Nous allons faire un peu d'assouplissement, système militaire. »

Dès le lendemain le bureau était transformé, en paroles, en un lieu immonde, où les plus dégoûtants des souteneurs auraient été bien à l'aise; et j'ai eu le spectacle écœurant de voir un vieillard, un Directeur des Contributions directes qui venait d'être décoré par la République à l'occasion du 14 Juillet, avec son premier commis, oubliant toute dignité, s'associer à 6 ou 7 jeunes polissons, qu'ils guidaient dans cette œuvre infâme.

Mais ici l'expression manque pour qualifier ce qui suit.

Un employé était chargé du guet; dès qu'il était sûr que j'étais entré au bureau, deux fois par jour, un ou plusieurs de ses collègues venaient chez moi, se faire rendre compte, par ma femme et mes enfants (le plus jeune âgé de 10 ans, étai parfaitement dressé), des choses les plus secrètes, les plus malpropres, de toutes mes paroles, faits et gestes, et en arrivant au bureau, le grotesque le disputant à la grossièreté la plus dégoûtante, donnaient au bureau l'aspect d'une chambre comm une d'aliénés.

Tout cela à la grande joie du Directeur et du premier commis MM. R... et R... ont fait de ma maison un lupanar immonde avec le personnel du bureau. Les uns faisaient le guet pendant que les autres se livraient, avec ma femme, avec ma fille, *et peut-être* avec le petit garçon, à la prostitution la plus dégradante.

Toutes ces choses se passaient pendant les heures de bureau, car je ne suis jamais sorti que pour mon travail.

Là, il y a deux crimes bien caractérisés qui doivent entraîner l'arrestation de ma femme adultère et proxénète, de son amant D..., et de la fille mineure. Et si une enquête prouvait que le petit garçon a été livré à la lubricité de quelque immonde personnage?

Cette femme est partie de Versailles le 13 mars, emmenant avec elle ses deux enfants; elle habite à Paris, rue L..., avec ses enfants aînés.

Ces Messieurs faisaient aussi détourner ma correspondance par un nommé B..., qui occupe le premier étage de la maison que j'habite et où il tient maison de prostitution, une de ces maisons comme il y en a tant dans Paris, qui, sous toutes les apparences de l'honnêteté, cèdent, moyennant argent, leur lit au premier couple venu.

Ainsi une lettre envoyée d'Auch, le 25 novembre 1891, et distribuée à Versailles le 26 (6e distribution), m'a été remise par l'enfant de ce B..., de la part de son père, le 27 à 7 heures du soir. Et ce jour-là M. R... est venu dans la maison à 1 heure, *je l'ai vu entrer*, avec des employés et M. R... probablement, car le nommé D... fut assez maladroit pour dire en entrant au bureau : « Nous y sommes allés pour rien. » En effet la lettre ne pouvait rien contenir d'intéressant pour eux, j'étais sur mes gardes. Or, cette lettre avait été ouverte à l'aide de la vapeur d'eau, et on était tellement convaincu que j'étais mouton bon à tondre, que B... n'avait pas même pris la précaution d'y repasser de la gomme, il l'avait simplement mouillée de salive.

Le 18 février, une autre lettre venue aussi d'Auch et distribuée à Versailles, le soir du 19, à 8 heures 1/2, a été interceptée par ce même B... et a été passée sous la porte d'entrée de mon appartement à 10 heures; et si on en croit le propriétaire de la maison, il est coutumier du fait. Les facteurs sont-ils complices?

Qu'était le bureau à l'époque où j'y suis entré, au point de vue des mœurs?

M. R... m'a qualifié de gêneur; je le comprends aisément.

Une femme mariée, que je nommerai au besoin, a passé, *dans le bureau*, 10 heures 1/2, en trois séances consécutives, les chaises se touchant, auprès du nommé G..., sous l'œil bienveillant du Directeur et du premier commis. Il y avait alors au bureau une jeune fille qu'on avait pris comme employée supplémentaire qui traita cet individu de verte façon. La femme mariée ne revint pas, mais la jeune employée prit sa place.

Je l'ai vue, dans le bureau, tenant ce G..., son bras gauche passé autour du cou, et de sa main droite fouillant dans le pantalon *complètement défait*.

Je ne l'affirme pas, mais je crois qu'on pourrait trouver là une affaire d'avortement.

Tous ces faits se passaient au moment de l'inspection générale.

Une enquête sévère faite sur tout le personnel de la Direction, sans exception aucune, révélerait au gouvernement de la République entre quelles mains il confie ses intérêts et sa dignité.

Un seul fait : Lors de la dernière crise ministérielle, quelqu'un dit dans le bureau : « Le Ministère est tombé. » M. P..., surnuméraire, répondit aussitôt : « Des Ministères comme ça ne tombent pas, on les f... en bas des escaliers à coups de pied dans le derrière. J'espère que pour un futur fonctionnaire, ce n'est pas trop mal. » L'approbation fut générale.

Mais le plus édifiant serait, si on le pouvait, de faire dire la vérité aux quatre ou cinq gamins de 13 à 14 ans qui se sont succédé au bureau dans l'espace de quelques mois.

Il me faudrait encore plusieurs pages, Monsieur le Ministre, pour écrire les détails qui peuvent s'écrire, mais je me tiens à votre disposition, et verbalement, quoiqu'il m'en coûte, je dirai tout ce que vous voudrez savoir. Cette affaire terminée, je me propose de me soustraire à la malheureuse position qui m'est faite par des gens à qui je n'ai jamais rien fait.

Dans quel but joue-t-on cette horrible comédie? Ils espéraient me pousser au suicide, je le prouverai dans la mesure du possible, ou bien me faire quitter le bureau dont ils n'osent pas me renvoyer, ne trouvant aucun motif pour cela.

J'ai l'honneur, etc.

Le malade que je viens de vous présenter est un type très remarquable de délirant persécuté : son intelligence encore vive et la facilité de son élocution méridionale contribuent, vous l'avez vu, à donner des couleurs très accentuées à ses conceptions délirantes. De plus, ce persécuté appartient bien certainement au groupe des délirants chroniques, tels que les comprend M. Magnan : nous retrouvons en effet, dans ce cas, et le début tardif des troubles mentaux, et leur développement non pas brusque mais progressif, et la première phase d'inquiétude avec interprétations maladives, et la seconde avec les idées de persécution nettement caractérisées et les hallucinations qui leur

servent d'aliment. Le tableau est complet sauf les hallucinations de la sensibilité générale qui sont habituelles en pareil cas et que jusqu'à présent nous n'avons pas relevées chez Peyr...

Eh bien, Messieurs, que va devenir ce malade? Vous le pressentez déjà, d'après ce que je vous ai dit au début de cette leçon. Il s'agit là d'un délire chronique, c'est dire que nous sommes en face de troubles incurables. Vous savez, d'autre part, que si la maladie obéit à la règle habituelle en pareil cas, elle doit non pas rester stationnaire, mais franchir une troisième étape, celle des idées ambitieuses, pour aboutir plus tard à la démence.

Comment, chez les persécutés, les idées de grandeur arrivent-elles à s'installer? J'ai eu déjà l'occasion de vous le dire dans une de nos précédentes leçons : je ne ferai que vous le rappeler brièvement aujourd'hui. Il est des cas dans lesquels on voit la mégalomanie apparaître sans qu'il soit possible de saisir sur le vif le mécanisme psychologique qui lui donne naissance. Mais, d'autres fois, c'est une hallucination qui fait éclore l'idée d'une personnalité nouvelle : le malade entend une voix qui lui dit par exemple : « Tu es le fils de Louis XVI, » et à partir de ce moment il reste convaincu qu'il est le Dauphin de France. Enfin il est des circonstances dans lesquelles le persécuté déduit avec une sorte de logique son délire ambitieux de ses idées de persécution. Petit à petit, après de longues années de souffrance morale, il en arrive à se dire qu'il faut, pour qu'on s'acharne à sa personne comme on le fait, qu'il soit un personnage important par sa fortune ou sa situation sociale : la conviction s'installe progressivement dans son esprit et se systématise.

Je vous ai montré avec Peyr... le délire chronique à sa deuxième période, je vais avec la malade que voici vous le présenter à la troisième, à la phase de mégalomanie.

Cette femme, Mme B..., est âgée de 49 ans. Elle est entrée à la Salpêtrière le 13 juillet 1887 et appartient au service de M. Falret qui, avec son obligeance habituelle, a bien voulu me la prêter.

Le 1er octobre 1886, M. Magnan a rédigé, au sujet de cette malade, le certificat suivant : « Délire chronique avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution et ambitieuses. » Je suis à même de vous indiquer les phases principales de l'histoire morbide de cette femme, grâce aux notes qu'a recueillies sur elle M. Séglas et qu'il m'a obligeamment communiquées.

Les premiers troubles qui aient été relevés remonteraient à vingt-cinq ans. Mme B... venait alors de se marier. Elle empêchait son mari d'aller travailler dans certaines maisons parce qu'on y disait du mal d'elle. « Dès cette époque, dit le mari, on aurait pu l'enfermer. » Bientôt apparurent des illusions et des hallucinations de l'ouïe ; la concierge l'insultait derrière les cloisons : tous ces phénomènes ne firent que se développer et, au bout d'une douzaine d'années, le délire de persécution battait son plein. Après de nombreux changements de domicile, elle vint à Paris, toujours persécutée par les bobs et les majors.

En juillet 1886 se manifestent en plus des idées d'empoisonnement et, à côté des hallucinations de l'ouïe, on note des hallucinations du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale. Elle se plaint d'odeurs piquantes, de goûts âcres dus à la morphine et à l'arsenic que l'on jette partout ; on lui fait des contusions, etc.

Les tendances ambitieuses signalées dès 1886 par M. Briand se sont ensuite développées, et aujourd'hui la malade prétend s'appeler Louise B..., dite Russie, vicomtesse de B.... Elle possède une fortune qui se chiffre par milliards.

Notez, c'est un point sur lequel j'appelle incidemment votre attention, car j'aurai à y revenir par la suite, notez que chez cette femme les idées mégalomaniaques n'ont pas effacé les idées de persécution. La malade est dissimulée, violente. Elle accuse son frère de vouloir la dépouiller de ses biens et profère des menaces contre lui. A diverses reprises elle a écrit, en bonne persécutée qu'elle est de nombreuses lettres de plaintes et de protestation aux autorités, et si elle sort, comme elle le demande, elle annonce qu'elle trouvera le moyen de se venger des torts qu'on lui occasionne.

Remarquez aussi en passant, que cette femme est affectée d'un bégayement très accentué : dans un instant j'aurai à appeler votre attention sur cette particularité.

Voilà donc une malade qui délire depuis 25 ans. Pendant vingt ans elle a été une persécutée pure, aujourd'hui elle est à la fois persécutée et ambitieuse.

Que deviendra-t-elle à l'avenir?

Comme... Peyr c'est une malade chronique et incurable : voilà un point bien acquis. Quant aux modifications que son délire est appelé à subir par la suite elles seraient les suivantes d'après M. Magnan : les idées de persécution finiront par s'effacer pour céder la place aux seules idées ambitieuses. En dernier lieu enfin Mme B... comme Peyr... cessera dans la démence.

Les persécutés que je viens de vous présenter sont des persécutés très spéciaux, ayant passé ou appelés à passer par une série de phases connue d'avance, sur l'ordre de succession desquelles tous les auteurs sont d'accord, sauf divergences de détail qui m'arrêteront dans un instant. Ce sont bien des délirants chroniques comme les appelle M. Magnan, mais des délirants chroniques dont le délire évolue avec régularité et d'une façon systématique.

Tous les persécutés sont-ils identiques aux précédents? Non, Messieurs ; il s'en faut de beaucoup.

Je vais vous présenter une troisième malade qui, bien qu'atteinte elle aussi du délire de persécution le mieux caractérisé, s'est comportée de toute autre façon que Peyr... et Mme B....

Cette femme, Rosalie C..., âgée de 47 ans, est entrée à la clinique le 20 mai dernier. Elle n'a jamais été bien intelligente ; elle est allée à l'école pendant 5 ou 6 ans et pourtant elle sait à peine lire et écrire. Elle déclare elle-même qu'elle n'aimait par l'étude et préférait le travail manuel. Elle a toujours eu un caractère difficile, ne s'entendait pas avec ses frères et sœurs, qui avaient même cessé de la voir. Au moment de la puberté elle a eu la danse de Saint-Guy et un peu plus tard trois ou quatre attaques de nerfs.

Ses antécédents héréditaires ne sont pas très chargés : il n'y pas d'aliéné dans la famille ; le père, mort à 65 ans, était violent et emporté ; la mère a succombé à 75 ans hémiplégique.

Remarquez que les oreilles de cette femme sont mal ourlées. Cette malformation serait fréquente dans la famille : elle existerait ou aurait existé, paraît-il, chez la mère, chez une sœur et un frère.

Il n'y a guère plus de deux ans que la malade, qui jusque-là avait mené une existence régulière, a présenté les premiers signes de dérangement mental. Elle s'est

imaginé qu'un instituteur, son voisin, l'avait remarquée, et elle se mit à lui faire des avances. Elle recherchait toujours les occasions de le rencontrer et se promenait chaque jour devant l'école, épiant le moment où il sortirait. Puis des désordres plus sérieux ne tardèrent pas à se manifester. Des idées de persécution apparurent qui ont persisté depuis et qu'elle raconte, comme vous allez pouvoir en juger, sans la moindre difficulté.

Une bande payée par les royalistes et dont l'instituteur est un agent actif, s'acharne après sa personne. Ses ennemis ont placé près d'elle, dans sa maison, une femme chargée de la surveiller. Elle prétend que cette personne a voulu l'empoisonner à différentes reprises il lui est arrivé d'accepter d'elle un verre de rhum ; chaque fois elle a été prise de somnolence et d'étourdissements ; tout cela ne lui semble pas naturel.

On agit sur elle par le magnétisme : on l'endort et on profite de son sommeil pour s'introduire chez elle et se livrer sur sa personne à des actes indécents. Elle est convaincue qu'elle a été plusieurs fois enceinte et qu'on l'a fait avorter. Elle a reconnu qu'elle avortait parce qu'elle perdait du sang comme au moment des règles, et ressentait des picotements dans le corps.

Elle affirme qu'on lui a fait avaler une sangsue pendant qu'elle dormait et cette sangsue lui occasionne des douleurs à l'estomac et de la rougeur à la face.

Au reste, remontant le cour de son existence, Rosalie C... a édifié tout un roman morbide rétrospectif. Son mari est mort il y a une dizaine d'années : ce sont ses ennemis qui l'ont fait disparaître. Elle a perdu, il y a 15 ans, un enfant, mort à l'hôpital : dans sa pensée, la bande a enlevé cet enfant et substitué le cadavre d'un autre qui lui a été présenté comme celui de son fils. Elle rend l'instituteur responsable de toutes les machination dont elle est victime et, il y a quelque temps, sous l'influence de cette idée, elle est allée attendre cet homme à la porte de l'école et a tiré sur lui deux coups de revolver. C'est à la suite de ces violences qu'elle a été arrêtée et dirigée sur Sainte-Anne.

Rosalie C... n'a pas d'hallucinations : au moins n'en avons-nous pas constatées. Tout se borne chez elle à des interprétations délirantes : c'est une particularité qui mérite de ne pas passer inaperçue.

Au premier abord cette malade ressemble singulièrement à Peyr... L'un et l'autre sont en effet des persécutés. Mais entre ces deux persécutés il y a des différences de détail, qui ne sont pas sans importance. Passons-les en revue.

Au point de vue étiologique il n'y a pas entre les deux malades de démarcation bien nette. Ni l'un ni l'autre ne semblent avoir une hérédité bien chargée. Tous les deux ont eu un père violent et emporté : c'est la seule particularité qu'on relève.

Mais les antécédents personnels sont très différents chez Peyr... et chez Rosalie C..., Peyr... a toujours montré une intelligence vive : c'était un bon employé doué d'une réelle instruction. C... au contraire est un cerveau faible : à l'école elle n'a jamais appris grand' chose.

Chez Peyr... on ne constate aucune de ces malformations qui indiquent un développement défectueux de l'organisme. Rosalie C..., au contraire, a les oreilles mal ourlées, et vous n'ignorez pas la signification de cette difformité. De plus elle a eu la danse de Saint-Guy à l'époque de la puberté et, un peu plus tard, des attaques de nerfs, ce qui indique l'existence chez elle d'une prédisposition accusée aux troubles nerveux.

D'autre part, Peyr... a édifié lentement son délire : il a mis dix-sept ans à arriver au point où il en est ; tandis que Rosalie C... est entrée rapidement dans le délire de persécution : elle est malade depuis deux ans à peine. Enfin les hallucinations ont joué un rôle important dans la construction de la systématisation délirante chez le premier malade, tandis qu'elles ont toujours fait défaut chez la seconde qui n'est pas allée au delà des interprétations délirantes.

Ces différences autorisent à séparer l'un de l'autre les deux malades et à les classer dans des groupes distincts. Peyr... représente le type du délire de persécution à évolution progressive et systématique, tandis que Rosalie C... serait à ranger dans le groupe des persécutés dégénérés.

De même que nous avons pu opposer l'un à l'autre ces deux persécutés purs, de même il nous est possible d'opposer à R..., persécutée arrivée à la phase de délire ambitieux, des persécutés ambitieux d'un autre ordre.

Voici une malade que j'ai déjà eu l'occasion de vous présenter. C'est cette femme, âgée aujourd'hui de 58 ans, qui se dit fille du roi des Belges. Je ne reviendrai pas sur tous les détails de son histoire que vous connaissez déjà, je vous rappellerai seulement les principaux.

Les antécédents héréditaires de cette femme nous sont inconnus. Quant à ses antécédents personnels, nous savons qu'elle était peu intelligente et douée d'un caractère irascible. Elle ne sait ni lire ni écrire, bien qu'elle soit allée à l'école pendant six ans.

En 1882, elle présenta des symptômes de dépression mélancolique avec idées de persécution et hallucinations de l'ouïe. Envoyée à Sainte-Anne, elle fut dirigée sur l'asile de Vaucluse où elle passa six mois. Elle en sortit très améliorée et put reprendre son travail. Mais, 9 mois plus tard, en juillet 1883, elle fut reprise d'un accès analogue au premier ; cette fois, on l'interna à Ville-Evrard où elle resta deux mois et d'où elle sortit améliorée mais non complètement guérie. En novembre 1891, nouvelle poussée délirante, mais l'accès diffère à quelques égards des précédents. Il n'y a plus de dépression mélancolique mais, au contraire, une grande activité délirante. La malade est en proie à des idées de persécution avec hallucinations auditives et, en même temps, à des idées de richesse et de grandeur. Ces deux crises de conception délirante, qui se sont développées parallèlement il y a deux ans, persistent encore aujourd'hui. Elle nous raconte qu'on a assassiné son fils, qu'on a empoisonné sa fille. On a tenté plusieurs fois de l'empoisonner elle-même. Elle s'en est aperçue à de mauvais goûts qu'elle a dans la bouche, au gonflement de la langue et du cou. A Sainte-Anne, depuis son entrée, on aurait essayé sur elle 32 poisons. La malade se plaint violemment de sa séquestration : elle croit que ce sont ses ennemis, notamment son mari, qui en sont les auteurs. Ce dernier a dépensé les revenus de sa femme avec des concubines. Elle reconnait dans la salle six de celles-ci.

En même temps que persécutée, vous ai-je dit, cette malade est une délirante ambitieuse. Elle possède de nombreuses maisons à Paris et en province ; elle a des valeurs considérables. Léopold, roi des Belges, qui est son père, lui aurait envoyé 100.000 francs. Louis-Philippe l'a constituée son unique héritière ; il était son grand-père paternel et Charles X son grand-père maternel.

Léop... comme R... est, vous le voyez, une persécutée mégalomane, mais chez elle le délire s'est installé et développé tout autrement que chez la première malade. Il n'a pas évolué d'une façon progressive mais par poussées successives, séparées les unes des autres par des périodes d'accalmie et même de guérison apparente. De plus les idées de grandeur au lieu de se mêler tardivement aux idées de persécution, les ont accompagnées d'une façon précoce et ont pour ainsi dire marché parallèlement avec elle.

A n'envisager donc que l'évolution des troubles mentaux, Léop... est très différente de R..., chez qui la systématisation délirante s'est édifiée avec lenteur et d'une façon progressive.

D'après ce que je viens de dire, vous avez pu constater, Messieurs, que nos dernières malades, bien que présentant avec les deux premiers une grande ressemblance, s'en différencient cependant par plus d'un caractère. Les partisans du *délire chronique* n'hésiteraient pas à opposer catégoriquement les uns aux autres ; les premiers seraient considérés comme affectés du délire de persécution à évolution systématique, les dernières seraient rangées parmi les persécutés dégénérés.

A n'envisager que les types extrêmes cette séparation des persécutés en deux groupes distincts me paraît des plus légitimes. Chacun de ces groupes en effet a ses caractères et sa physionomie propres.

En ce qui concerne le premier groupe, il n'est pas douteux qu'il existe une catégorie de persécutés dont le délire évolue avec lenteur et parcourt d'une façon systématique les périodes que je vous ai indiquées. On peut sans doute différer d'avis sur le groupement de ces périodes. C'est ainsi que M. Falret en admet quatre qu'il appelle : 1re période, ou d'interprétation délirante; 2e période, ou des hallucinations de l'ouïe ; 3e période, ou des troubles de la sensibilité générale ; 4e période, ou période stéréotypée et de délire ambitieux, tandis que M. Magnan, vous l'avez vu, réunit en une seule la 2e et la 3e période de M. Falret, et en admet une dernière, à l'existence de laquelle M. Falret ne croit pas, la période de démence. Ces divergences de détail importent peu puisqu'aussi bien tout le monde est d'accord sur la réalité des faits principaux, à savoir sur l'apparition plus ou moins tardive des idées ambitieuses chez des persécutés dont le délire évolue avec lenteur, commence par de l'inquiétude avec interprétations délirantes, pour aboutir ensuite aux hallucinations et aux idées de persécution nettement caractérisées, en dernier lieu enfin à la mégalomanie et peut-être à la démence.

D'autre part il n'est pas contestable que chez certains individus, présentant d'habitude les signes de la dégénérescence mentale, on voit éclore du délire de persécution qui, les uns, procèdent par poussées brusques, disparaissant aussi vite qu'elles sont vite apparues, tandis que les autres affectent des allures plus chroniques mais ne suivent dans leur évolution aucune règle constante.

C'est le mérite de M. Magnan et de ses élèves d'avoir insisté sur les différences réelles et souvent tranchées qui existent entre ces deux catégories de délire de persécution. La distinction que M. Magnan s'est attaché à mettre en relief a plus qu'un intérêt théorique, elle a une réelle portée pratique : tandis, en effet, que le délire de persécution à évolution systématique ne guérit jamais, les autres guérissent souvent.

Mais le délire chronique constitue-t-il une espèce morbide parfaitement distincte, qu'il est toujours possible de différencier des délires dits des dégénérés ? N'existe-t-il pas des types intermédiaires qui relieraient les uns aux autres les formes extrêmes, si bien décrites par M. Magnan ? Au lieu de constituer une espèce nosologique vraiment à part parmi les vésanies, le délire de persécution à évolution systématique ne serait-il pas simplement une variété clinique dans un groupe dont les membres extrêmes seraient très dissemblables, mais ne seraient point séparés par un abîme et se rejoindraient au moyen d'échelons intermédiaires ? Ce sont là, Messieurs, des questions que je voudrais chercher à résoudre.

Passons en revue, afin d'en apprécier la valeur, les caractères qui ont été considérés comme propres au délire chronique et suffisants pour le différencier nettement des délires de persécution dits des dégénérés. Ces caractères vous les connaissez déjà : je vous les rappelle succinctement : 1° Chez les dégénérés, hérédité lourde ; chez les délirants chroniques, peu ou pas d'hérédité ; 2° Chez les dégénérés, signes physiques et psychiques de dégénérescence, symptômes de déséquilibration mentale ; chez les délirants chroniques intelligence saine jusqu'à l'apparition du délire ; 3° Chez les dégénérés, début souvent brusque des troubles mentaux, quelquefois pendant l'enfance ou l'adolescence, polymorphisme des conceptions délirantes, qui ne suivent aucune marche régulière ; chez les délirants chroniques, début a une époque tardive de la vie, pendant l'âge mûr, évolution systématique du délire ; 4° Enfin, chez les dégénérés, le délire de persécution peut s'organiser sans le concours des hallucinations, il a pour base unique les interprétations délirantes ; tandis que dans le délire chronique il y a toujours des hallucinations.

Laissons ce dernier caractère : il y a, en effet, entre les persécutés hallucinés et ceux qui ne le sont pas des différences en général assez accusées. Au reste, si les types intermédiaires auxquels j'ai fait allusion plus haut existent, c'est parmi les persécutés avec hallucinations qu'on les retrouve. J'en viens aux caractères distinctifs des trois premiers ordres.

Il est incontestable que dans un grand nombre de cas les antécédents héréditaires des persécutés dits dégénérés sont plus chargés que ceux des délirants chroniques. Mais le fait n'est pas constant, et, pour n'envisager que les malades que vous connaissez, Mme C..., persécutée dégénérée, dont nous avons cherché l'hérédité avec soin, en ligne directe et collatérale, présente pour tout antécédent un père violent et emporté ; c'est juste ce que nous retrouvons dans le passé familial de P..., délirant chronique. En revanche, Mme R..., qui devrait être exempte de tare héréditaire en sa qualité de persécutée à évolution systématique, est fille d'un père bègue, sœur de frères bègues, ni nièce d'un faible d'esprit.

Les stigmates de dégénérescence se rencontrent plus rarement, cela nous paraît certain, chez les délirants chroniques que chez les autres persécutés. Mais ils peuvent néanmoins s'observer aussi chez eux. Sans invoquer à cet égard les faits rapportés par divers auteurs, dont plusieurs sont des partisans résolus de l'autonomie du délire chronique, il me suffira de vous rappeler que la malade R... est affectée d'un bégayement des plus nets, qu'il ne vous a pas été difficile de constater. M. Séglas, d'ailleurs, à la Société médico-psychologique, a insisté sur les caractères de dégénérescence présentés par cette

femme. Il ne serait pas juste non plus de dire que les délirants chroniques ne présentent jamais d'anomalies cérébrales avant l'apparition du délire : Peyr..., notamment, s'est fait remarquer dès l'adolescence par la violence et l'emportement de son caractère. Aussi je puis, et c'est un point sur lequel je me permets de différer d'avis avec M. Magnan, qu'il n'est pas exact d'avancer que les dégénérés ne puissent devenir à leur heure des persécutés à évolution systématique. Ce que je crois en revanche c'est que tous les dégénérés n'en sont pas capables : pour faire un délire de persécution à évolution, il faut une intelligence suffisamment puissante que ne possèdent pas notamment les dégénérés débiles.

Quant à l'époque de début du délire chronique, il n'est plus douteux que d'ordinaire elle est assez reculée. Elle correspond à l'âge adulte. Cette règle souffre cependant quelques exceptions. Chez Mme B..., par exemple, les premiers symptômes se sont manifestés au plus tard à l'âge de 24 ans. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que si les délires de persécution des dégénérés peuvent se montrer d'une façon précoce dans l'adolescence ou même l'enfance, quelquefois ils n'apparaissent aussi que fort tard. Rosalie C..., vous vous en souvenez, est devenue persécutée à 45 ans.

La caractéristique principale du délire chronique réside dans son évolution systématique et dans la succession régulière des quatre périodes dont je vous ai parlé. On a fait observer toutefois que la seconde et la troisième ne sont pas toujours aussi nettement différenciées que le prétend M. Magnan. M. Falret soutient que les idées ambitieuses ne se substituent pas toujours d'une façon complète aux idées de persécution qui persistent derrière les idées mégalomaniaques. C'est en effet ce qui a eu lieu chez Mme B..., qui a versé pourtant dans la mégalomanie depuis six ans déjà. On a soutenu enfin que le délire chronique pouvait s'arrêter à la deuxième période sans passer à la troisième. Il est incontestable que certains faits légitiment cette manière de voir. Mais, comme j'ai eu l'occasion de le dire déjà (1), ils ne me paraissent pas entamer la conception du délire de persécution à évolution systématique telle qu'elle a été formulée par M. Magnan, car les maladies chroniques, surtout si la survie est insuffisamment longue, ne parcourent pas fatalement toutes les étapes que la nosographie assigne aux cas complets.

Les réserves que je viens de faire au sujet de la valeur des caractères assignés au délire chronique par ses partisans ne sont pas pour diminuer l'intérêt de cette conception clinique. Je considère que le jour où M. Magnan et ses élèves, mettant à profit les travaux antérieurs de Lasègue, de Morel, de Foville sont allés extraire du chaos des délires de persécution une forme nouvelle, que spécifient tout au moins sa marche et son évolution, ils ont rendu un grand service à la pathologie mentale.

Mais l'intransigeance aboutit aisément, en nosographie comme ailleurs, à empêcher le triomphe des idées vraies, et c'est peut-être parce que les créateurs du délire chronique ont voulu trop accuser la barrière qui sépare cette entité clinique des formes voisines qu'on a méconnu, d'un autre côté, l'utilité de leurs efforts et la justesse de leurs descriptions.

C'est qu'en effet, Messieurs, entre les types extrêmes représentés d'une part par le délire de persécution à début tardif, à évolution nettement systématique, d'autre part par les délires à poussées brusques ou simplement à développement rapide, à marche irrégulière et capricieuse, il me semble exciter des intermédiaires qui relient les uns aux autres ces types extrêmes. La meilleure preuve en est que le diagnostic reste souvent hésitant en face de certains délires de persécution, et qu'on voit les partisans les plus convaincus de l'existence du délire chronique différer d'opinion sur la nature de ces cas. Et de fait il en est qu'on serait fort embarrassé de classer, si l'on pensait qu'il n'y a d'autre alternative possible que de les attribuer à l'un ou l'autre des deux groupes entre lesquels on s'est efforcé de creuser un fossé.

Rappelez-vous, par exemple, l'un des malades que je vous ai présentés à l'une de mes premières leçons, Rapp..., ce mégalomane si remarquable qui a créé une langue nouvelle et se croit supérieur à Dieu. Il est difficile de concevoir un délire mieux systématisé que le sien.

Or, chez cet homme, vous vous en souvenez, les conceptions délirantes ont suivi une évolution analogue à celle qui s'observe chez les délirants chroniques. Les idées de persécution ont tenu d'abord la scène, puis elles se sont juxtaposées aux idées ambitieuses, qui existaient d'ailleurs en germe dès le début, enfin ces dernières ont accaparé l'intelligence du malade où elles règnent actuellement en maîtresses. La lenteur avec laquelle le délire a procédé dans sa marche, la régularité de son évolution, la systématisation remarquable des idées fausses rapprochent ce malade des délirants chroniques et l'éloignement au contraire des dégénérés persécutés tels que vous les connaissez. Et cependant je vous ai fait remarquer, en vous présentant cet homme, que plusieurs traits de son histoire n'autorisent pas à en faire un délirant chronique au sens que M. Magnan attribue à cette expression. Nous avons noté que chez Rapp... les tendances délirantes sont apparues de très bonne heure, à 20 ans, et probablement même avant, que les idées de persécution et les idées ambitieuses ont marché côte à côte, qu'elles ne se sont pas, à proprement parler, succédé, bien que les premières aient été nullement prééminentes au début et que les dernières aient accaparé la scène à la fin, qu'enfin les hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale ne paraissent pas avoir tenu la place prépondérante qu'elles occupent d'habitude dans la symptomatologie de la psychose systématique progressive. Ce cas est un de ceux auxquels je faisais allusion plus haut, qui me paraissent tenir le milieu entre le délire chronique type et les délires de dégénérescence à évolution irrégulière et capricieuse. Il semble que nous trouvions là une confirmation nouvelle de l'adage « Natura non facit saltus. »

J'ai cherché, Messieurs, à discuter avec impartialité les faits plus encore que les doctrines, suivant la règle que je me suis imposée au début de ces leçons. En mettant en relief les cas intermédiaires, je pourrais dire les formes frustes qui montrent qu'en pathologie mentale les espèces morbides ne sont pas toujours limitées par des arêtes vives, je ne voudrais pas cependant vous avoir fait perdre de vue les types. C'est en effet la connaissance des types qui nous permet de nous orienter en clinique comme en nosographie. A ce titre, les caractères du délire de persécution à évolution systématique, tels qu'ils existent dans les formes les mieux accusées, doivent rester présents à vos esprits.

(1) Des idées de persécution et de la psychose systématique chronique progressive (délire chronique). (Leçon faite à l'hopital Necker, in *Semaine médicale*, 1888).

Voilà pourquoi tout en vous montrant ce que leur valeur a de relatif, j'ai tenu à vous la bien faire connaître tout d'abord. Leur description repose sur des faits bien observés dont il serait aussi regrettable de voir nier la réalité que dangereux d'exagérer la portée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Inspection médicale des Ecoles.

C'est un fait digne de remarque, mais plus digne de critiques que d'éloges, que les lois qu'on fait si péniblement dans notre pays sont ensuite difficilement appliquées. Nous désirons le nouveau, nous appelons le progrès; mais il semble que sa venue nous gêne dans la quiétude de nos habitudes ou de nos préjugés, dans notre attachement instinctif à la tradition. C'est pourquoi nos lois sont rarement complètes et presque toujours — sauf en matière de finances — insuffisamment impératives.

Combien de lois sont en quelque sorte facultatives, en ce sens qu'elles ne peuvent être appliquées que moyennant le consentement de Conseils généraux ou de Conseils municipaux pas aussi convaincus qu'on le pourrait souhaiter de l'intérêt général et plus attachés, en tous cas, à des intérêts de clocher d'ailleurs respectables.

Il n'en est peut-être pas de plus singulière, à ce point de vue, que la loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres. Il n'en est guère non plus de plus justement et de plus vivement discutée. Ce n'est pas aux lecteurs du *Progrès médical* que nous avons à rappeler et les desiderata de cette loi et l'urgence d'une loi nouvelle. Elle n'est pas la seule que ces critiques bien connues peuvent atteindre.

Voici, par exemple, la loi du 30 octobre 1886 (art. 9, § 7) et le Décret du 18 janvier 1887 (art. 136 et 141) qui ont créé — sur le papier — l'inspection médicale des écoles, laquelle, aujourd'hui encore, n'existe pas en fait.

Cette inspection ne fonctionne que dans un nombre restreint de départements et seulement par l'initiative locale. L'Etat ne peut intervenir, ni seconder ces bons vouloirs locaux, faute d'un crédit spécial. Cette situation regrettable n'a pas manqué d'attirer l'attention de M. L. Bourgeois, ministre de l'Instruction publique, qui fit, dans ce sens, l'année dernière, une proposition à la Commission du budget. Le principe d'un crédit attribuable aux dépenses de ce service a été admis et le ministre compte, paraît-il, renouveler avec plus de force sa proposition.

Il a, en attendant, demandé à son collègue de l'Intérieur de consulter à ce sujet le Comité consultatif d'Hygiène publique de France et le « Journal officiel » nous apprend que le rapport, qui a été déposé lundi dernier, en réponse à cette demande, a été approuvé par le Comité.

D'après nos renseignements personnels le rapporteur, M. le Docteur H. Napias, a traité la question à plusieurs points de vue et a étudié, avec la nécessité de l'inspection, les dépenses qu'elle pourrait entraîner.

M. H. Napias a fait remarquer que, à diverses reprises, le Comité avait eu à s'occuper de questions d'hygiène scolaire, que MM. Brouardel et Du Mesnil avaient signalé la fermeture des écoles primaires, dans le cas d'épidémie, comme une mesure insuffisante, d'autant qu'elle n'était pas applicable aux écoles privées et que celles-ci, acceptant sans scrupule les enfants licenciés des écoles publiques, favorisaient la contamination de leurs élèves; enfin que cette mesure n'avait d'autre résultat que de déplacer la contagion.

Le rapport présenté au Comité consultatif fait l'historique de l'inspection médicale dans les écoles, il montre que dès 1834, avant toute obligation légale ou administrative, la ville de Paris avait organisé un service médical dans une partie de ses écoles, mais que depuis le 13 juin 1879, le Conseil général de la Seine a pris des mesures définitives et fourni les moyens d'assurer cette inspection dans tout le département. Le rapport constate en même temps que plus de la moitié des départements français n'ont encore aucune inspection de ce genre; que, dans ceux où elle existe elle ne fonctionne pas toujours régulièrement, et qu'enfin nulle part elle ne peut être imposée et à plus forte raison obéie dans les écoles privées.

Si, dit en substance M. le Dr H. Napias, les lois du 28 mars 1882 et 20 mars 1883 ont rendu l'enseignement primaire obligatoire, ces lois en rendant à notre pays des services que personne ne saurait méconnaître ont créé à l'Etat des obligations et tout particulièrement celle d'assurer la salubrité des locaux scolaires. L'obligation de l'instruction ne saurait impliquer l'obligation de s'exposer à contracter la fièvre typhoide ou la variole, il importe donc d'exiger pour la construction, pour les dispositions intérieures des écoles, pour l'alimentation en eau, des conditions sanitaires convenables qui doivent se rencontrer d'ailleurs dans toutes les habitations collectives et plus particulièrement dans celles où sont des enfants que leur âge expose davantage aux contagions.

Pour faire cette inspection sanitaire des locaux, il faut surtout la compétence. La multiplicité des visites est inutile quand il s'agit de la construction, du drainage, de la ventilation ou de l'éclairage des pièces, etc. Deux visites par an en moyenne pourraient suffire et si on compte qu'il faudra en moyenne deux autres visites par école pour prescrire les mesures à prendre en cas d'explosion épidémique, le rapporteur estime que quatre visites par an et par école ne devraient guère coûter plus de 1.200.000 fr.

Nous ne suivrons pas le rapporteur dans ses calculs. Il se peut qu'ils soient trop élevés; il se peut aussi qu'ils soient trop faibles, mais nous n'avons en vue que la nécessité hygiénique constatée et nous approuvons en tous cas le comité consultatif d'avoir affirmé dans ses conclusions: *que l'inspection médicale est nécessaire dans les écoles et qu'elle doit s'exercer à la fois sur les écoles primaires publiques et privées.*

Le Comité a demandé en même temps qu'il soit ouvert un crédit de 500,000 fr., pour commencer l'organisation de l'Inspection là où elle n'existe pas, et que ce crédit fût mis à la disposition de l'administration sanitaire au ministère de l'Intérieur. Il y a à ce mode de faire une raison très simple, c'est que le ministère de l'Instruction publique n'a pas le personnel nécessaire et que, comme l'a fait remarquer M. H. Monod, le ministre de l'Intérieur pourra disposer des médecins du service de la médecine gratuite, de la vaccine, de l'assistance publique et des ressources que les lois nouvelles sur l'hygiène ou l'assistance publique mettront à sa disposition.

Le rapporteur a demandé qu'en tous cas ces médecins-inspecteurs fussent consultés, en même temps que les conseils d'hygiène, pour les projets de construction, de reconstruction ou d'aménagement des écoles, et il s'est élevé avec force contre l'existence d'écoles primaires dans les hôpitaux, comme cela arrive trop souvent en province. Il est en effet singulier qu'on puisse tolérer ces écoles qui mettent les enfants à proximité du danger des contagions; et si, comme l'a dit M. H. Napias, les fondations anciennes étaient justifiées quand l'instruction pouvait être regardée comme une forme de l'assistance, elles n'ont plus de raison d'être aujourd'hui « qu'elle constitue pour l'enfant un droit « à l'exercice duquel le pays a pourvu par la loi. »

Abordant ensuite la question du licenciement des écoliers et de la fermeture des écoles en temps d'épidémie, le rapport conclut, avec MM. Du Mesnil et Brouardel, qu'avec les ressources dont on dispose aujourd'hui pour la désinfection le licenciement, loin de remédier à la contagion, tendrait plutôt à la disséminer. L'interdiction de la fréquentation de l'école peut être limitée aux enfants malades, à leurs frères et sœurs, et, dans certains cas, aux enfants habitant la même maison. La fermeture de l'école ne devrait être ordonnée qu'à titre exceptionnel et sur l'avis motivé du médecin-inspecteur.

Telle est, croyons-nous, l'esprit général du rapport. Il pose ce principe de la nécessité de l'inspection sanitaire dans toutes les écoles publiques et privées. Il paraît que la question va être étudiée dans la prochaine session du Conseil supérieur de l'Assistance publique; il faut espérer que ce Conseil concluera comme le Comité consultatif d'hygiène et qu'un progrès, depuis longtemps attendu, pourra être enfin réalisé. Dr Robert PIQUET.

Cours de clinique des maladies syphilitiques et cutanées (*Hôpital Saint-Louis*). — M. le Pr Fournier.

Vendredi 11 novembre, le Pr FOURNIER reprenait ses leçons cliniques sur la syphilis, à Saint-Louis. Sans s'attarder à ces généralités oiseuses dont sont prodigues les professeurs vieillis dans leur cours d'ouverture, le Pr Fournier nous a démontré qu'il était toujours un « jeune professeur », nous voulons dire un savant professant d'après de très nombreux exemples et en tirant la leçon utile. Son cours portait sur la contagion de la syphilis par la voie buccale et les différents accidents de la bouche. C'est sur les plaques muqueuses de la bouche, leurs variétés les plus communes, puis les raretés et les cas de diagnostic difficile, qu'a porté la leçon nourrie d'anecdotes racontées avec ce tact exquis indispensable en semblable matière. Les nombreux moulages mis sous les yeux des élèves, ainsi que les aquarelles soignées, illustrent la parole du maître et font de ce cours un des plus instructifs pour jeunes et vieux étudiants, en même temps qu'un des plus attrayants. Signalons en particulier l'importance du diagnostic des plaques muqueuses blanches, diphtéroïdes, résidant sur les piliers du voile du palais et la diphtérie proprement dite, accident qui, s'il s'accompagne d'un peu de fièvre, de laryngite, a pu faire l'illusion absolue et causer des erreurs de diagnostic fort graves. Il a insisté sur la valeur diagnostique des deux procédés de M. le Dr Bourges par la culture microbienne. M. le Pr Fournier continuera, les mardis et les vendredis, ces instructives leçons.

Cours de Clinique médicale (*Hôpital Necker*). — M. le Pr Peter.

M. le Pr PETER a consacré sa leçon inaugurale à l'étude de la médication hypodermique et passé en revue les différents médicaments utilisés en commençant par la morphine. Les injections sous-cutanées de morphine sont très utiles dans le traitement des névralgies, par exemple dans les pleurites où il y a à la fois inflammation des nerfs et douleurs provoquées par la compression des filets nerveux. Il faut combattre l'inflammation par les ventouses scarifiées, la douleur par les injections de morphine. Pour la névralgie sciatique il y a névromyélite du sciatique, compression des nerfs, il faut combattre la névromyélite par les ventouses scarifiées et faire des injections de morphine pour calmer la douleur. Si on se borne à ces dernières, on n'enlève pas la cause. Il faut donc pour guérir la pleurite et la sciatique à la fois révulsion et injections de morphine.

Deux mots maintenant des injections de caféine. L'indication pour elles n'est pas d'apaiser la douleur, mais de combattre la débilité cardiaque ou générale. La dose sera de 0,25 centigrammes répétée 4 fois par jour. L'effet sur le cœur est extrêmement rapide. Dans la débilité générale il en est de même. L'éther injecté à la dose de 1 gramme dans l'épaisseur des muscles relève le pouls et les forces. Il faut injecter l'éther dans les muscles parce que l'injection sous-cutanée est très douloureuse, et, de plus, expose aux escharres. Il agit également bien pour relever les forces dans les cas d'hémorrhagie, concurremment avec la liqueur d'ergot d'Yvon. Son action est plutôt qualitative que quantitative. Cette action, d'ailleurs, est complexe: 1° Action immédiate et directe sur les nerfs périphériques; 2° A la suite de l'absorption rapide, action sur les centres nerveux; 3° Action réflexe sur la périphérie. L'avantage de la médication hypodermique, c'est qu'elle fait pénétrer rapidement et en nature le médicament dans la circulation. Reste à parler, parmi les substances employées, de celle récemment mise en honneur par M. Brown-Séquard. Ces injections n'ont pas pour but, comme on pourrait le croire, de rendre ou d'activer la virilité, mais de relever l'organisme. Buffon eut avant M. Brown-Séquard l'idée de cette action bienfaisante de la liqueur séminale. Certains animaux qui ont de gros testicules par rapport à leur taille sont relativement plus vigoureux, tels sont les petits chiens, les petits chevaux.

En résumé, les injections en question ne sont pas des injections de lubricité, mais des injections de vigueur. Pour la préparer, M. Brown-Séquard prend des testicules de cobaye, lapin, bouc ou taureau, les coupe, les pile et mélange la bouillie ainsi faite à 3 fois son poids de glycérine.

Le liquide est ensuite étendu d'une quantité égale à à son poids d'eau bouillie, puis stérilisé à l'autoclave d'après le procédé de M. d'Arsonval, en soumettant l'autoclave à une pression de 50 atmosphères, puis à une température de 43° qui porte la pression à 90 atmosphères environ. La substance est ainsi stérilisée. La dose de l'injection est de 8 grammes de liquide. Pour la sénilité on conseille de la faire 2 fois par semaine. L'injection est en outre bienfaitrice dans certaines maladies. Dans l'ataxie locomotrice, surtout chez les individus peu avancés, elle fait disparaître les symptômes fonctionnels, amoindrit les réflexes morbides mais ne ramène pas l'intégrité de la moelle. Dans la phthisie pulmonaire, bien qu'on en ait dit, elle est inutile et, quant aux tabétiques, c'est une *béquille* qui leur est donnée. Conduit par la même idée, M. Bouchard (1), après avoir essayé sans succès la greffe thyroïdienne contre le myxœdème, a tenté contre cette maladie les injections du suc thyroïdien ; lui aussi a eu des succès ; les injections ont amené chez les malades un meilleur état de l'intelligence, une diminution de la sensation de refroidissement, une diminution de l'œdème. Mais à eux aussi il faudrait presque toute la vie des injections, car les améliorations ne sont pas persistantes. Si on les continue trop longtemps, on produit des accidents, donc il ne faut pas les multiplier outre mesure. Dans toutes ces injections, en somme, c'est le même principe qui semble agir, et ce principe c'est la spermine qu'on a trouvée à la fois dans le sperme, le suc thyroïdien, le suc pancréatique et celui des glandes surrénales. Cette médication est pleine de promesses, elle peut calmer,

(1) M. Bouchard a été précédé dans cette voie par plusieurs médecins.

c'est un bienfait non douteux. Mais elle demeure encore à l'état de simple béquille destinée à soulager le malade, non à le guérir.

Cours de Clinique chirurgicale des voies urinaires (*Hôpital Necker*). — M. le Pr Guyon.

Mercredi 9 novembre, à 9 h. 1/2, M. le Pr Guyon a fait son premier cours à Necker devant un auditoire beaucoup trop nombreux pour le très petit amphithéâtre dont il dispose, et qui contraste étrangement avec le bel aménagement des salles de la policlinique pour les maladies des voies génitales qu'a organisé le savant spécialiste. Il a rapidement passé en revue les opérations accomplies par lui dans le courant de l'année précédente et a indiqué que la mortalité 3 0/0 était sensiblement la même pour la chirurgie spéciale que pour la chirurgie générale. Puis il indique la marche ascendante suivie par la policlinique, où maintenant 1.200 hommes et 800 femmes environ sont venus du dehors demander un traitement. Ce service déjà organisé pour les hommes sera perfectionné pour les femmes, et les élèves régulièrement inscrits participeront au traitement de ces malades au plus grand profit de tous. Puis l'orateur termine par une brillante improvisation sur l'importance relative de la méthode et des moyens, et insiste sur le rôle accessoire de ces derniers qui ne doivent pas quitter le second plan qui leur appartient.

Clinique obstétricale. — M. le Pr Tarnier.

M. le Pr Tarnier a inauguré son cours de Clinique obstétricale le mardi 8 novembre, à 10 heures du matin, à l'amphithéâtre de la Clinique d'Accouchements et de Gynécologie de la rue d'Assas.

Ce premier cours a été consacré à un sujet qui prend, depuis l'application des méthodes antiseptiques, une importance on ne peut plus considérable dans l'art et la pratique des accouchements : nous voulons dire le *lavage des mains*.

Après avoir fait un rapide historique de l'antisepsie, M. le Pr Tarnier a passé en revue les différentes causes qui pouvaient faire éclore, chez les femmes en couches, l'infection puerpérale. Une des principales causes de contamination, et même la principale, est due à l'apport d'agents septiques par une main insuffisamment nettoyée. A l'appui de cette assertion les exemples abondent, M. Tarnier en cite quelques-uns, très probants et qui suffisent à montrer la nécessité du *lavage des mains*, mais il faut que ce lavage soit fait d'une façon méthodique.

Le savonnage ne suffit pas ; l'acide phénique est irritant, il abîme la peau ; le sublimé à la dose de 1 pour 1000 détruit bien les germes septiques. Les expériences de M. Vignal montrent qu'une solution de 0,20 cent. pour 1000 est suffisante. Si, en effet, après avoir plongé les mains dans cette solution, on vient à porter les doigts dans un bouillon de culture stérilisé on ne voit pas de colonies microbiennes s'y développer. Mais M. Tarnier ne se contente pas d'un simple lavage au sublimé ; voici d'ailleurs, si l'on peut dire ainsi, le manuel opératoire institué par lui du lavage des mains.

Dans les différentes salles du service se trouvent des lavabos contenant une solution de sublimé à 0,20 centigr. pour 1000, à côté est un bidon contenant de l'alcool à 90°.

Voici comment l'on procède : savonnage méticuleux des mains pendant au moins 2 minutes ; le savon employé est du savon ordinaire ; les brosses sont en chiendent. Ensuite toilette des ongles, second lavage des mains et enfin, pour les débarrasser des substances grasses qui pourraient y rester, on les plonge dans l'alcool et l'on fait un dernier lavage.

Mais ce n'est pas tout ; il faut un moyen de contrôle dans un service. Le voici : les élèves, après avoir fait longuement ce qui est dit plus haut, se plongent les mains dans une solution de permanganate de potasse (0,50 cent. pour 1000), cela brunit les mains, mais il suffit de les plonger dans une solution d'hyposulfite de soude pour que cette couleur disparaisse absolument.

Le permanganate de potasse est un bon moyen de contrôle, car, s'il reste sur la main des matières grasses, il ne les imprègne pas d'une façon uniforme.

Nous avons tenu à rapporter ici, d'une façon peut-être un peu trop longue, ce manuel opératoire du lavage des mains ; il montre assez jusqu'à quel point M. le Pr Tarnier pousse le souci de l'antisepsie.

Cours de Pathologie mentale (*Asile Sainte-Anne*). — M. Gilbert Ballet.

La pathologie mentale ne fut longtemps que l'étude de l'état mental du malade, étude sans règles bien précises ; ce fut la période première, la période purement psychologique. Plus tard on sut grouper les symptômes et des aliénistes comme Esquirol arrivèrent ainsi à déterminer, à fixer des types définis. L'anatomie pathologique vint donner ensuite son appoint ; son rôle semble épuisé aujourd'hui ou peu s'en faut ; et cependant combien d'affections restent encore à peu près inconnues en pathologie mentale ! Il faut s'efforcer de grouper les symptômes d'une façon méthodique ; il faut rechercher les causes, prendre la maladie dans son évolution. Ce que le microscope n'a pu trouver, les analyses histo-chimiques le montreront peut-être ! C'est la voie où l'on tend à rentrer ; c'est vers elle que doivent s'orienter aujourd'hui les études des aliénistes. M. Gilbert Ballet a déjà beaucoup trouvé dans ce sens. Nous n'avons pas à faire l'éloge de son enseignement ; ses auditeurs sont toujours aussi nombreux et aussi assidus.

Cours d'Anatomie pathologique (*Hôtel-Dieu*). — M. le Pr Cornil.

Comme chaque année, M. le Pr Cornil fait chaque semaine à l'hôpital un cours d'anatomie pathologique et d'autopsies. Les cours de la Faculté ne peuvent en effet, faute des sujets nécessaires, être pratiques, et l'on n'y verrait pas une seule pièce si le médecin des hôpitaux n'aidait le professeur. Ce cours, qui durera tout l'hiver, se fait exclusivement sur des pièces et des préparations histologiques, montrant le détail des lésions. C'est ainsi que M. Cornil a montré deux types d'anévrismes, une hémato-salpingite, des préparations de rein scléreux. Ces pièces, recueillies au hazard de la clinique, ne peuvent naturellement être le point de départ d'un cours didactique ; elles constituent une série de démonstrations pratiques.

Toutes les fois que l'on pourra disposer des sujets, la technique des autopsies, dont l'importance est si grande et qui n'est actuellement enseignée nulle part, sera montrée aux élèves.

Ce cours a lieu le mercredi à 10 heures et non le jeudi, comme on l'a annoncé par erreur, à l'amphithéâtre Bichat. Le samedi, à la même heure, des démonstrations semblables seront faites par un élève de M. Cornil. Nous ne saurions trop recommander la fréquentation de ces leçons qui n'ont pas d'équivalent et qui seules peuvent préparer les candidats à l'épreuve d'autopsies du cinquième de doctorat.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 novembre 1892. — Présidence de M. A. Regnauld.

M. Bazy rapporte six observations de *lithotritie chez des obèses* calculeux, avec hypertrophie de la prostate. Quoique cinq de ces malades eussent la vessie infectée antérieurement, leur guérison fut rapide et un seul mourut subitement deux mois après l'opération. L'auteur conclut que la lithotritie est préférable à la taille hypogastrique, même lorsque celle-ci semble contre-indiquée par des difficultés opératoires.

M. Fournier (d'Angoulème) communique un travail sur la *spécificité de la fièvre typhoïde*. Celle-ci est causée par un germe spécial, tandis que les états typhoïdes occasionnés par le surmenage, de mauvaises conditions hygiéniques, etc., sont différents d'elle et sont dus à une intoxication par les leucomaïnes.

M. Ali (de Téhéran) lit un travail sur les *épidémies de choléra asiatique*, qui conclut à l'inutilité des quarantaines et à la nécessité de la désinfection des voyageurs et de leurs bagages.

Election d'un vice-président : M. Laboulbène a été élu vice-président pour 1893. P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 novembre. — Présidence de M. Desnos.

M. Chauffard, ayant pris de nouveaux renseignements sur le malade qu'il avait presenté dans la précédente séance, a appris qu'il avait séjourné dans le service de M. Charcot, en 1891. Dans son observation publiée dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, par MM. Parmentier et Guinon, on trouve signalées les amyotrophies et l'ophtalmoplégie qui était alors plus prononcée. Il n'y avait à cette époque ni paralysie,ni atrophie des muscles de la face, ni de modifications de la sensibilité, l'état noueux du cubital n'était pas noté. Donc la maladie a été en croissant et on peut aujourd'hui reformer le diagnostic de polyencéphalomyélite qui ne voulait rien dire. Il est de plus intéressant de constater cette publication de l'état antérieur.

M. Legendre présente un malade, âgé de 33 ans, atteint pour la première fois à l'âge de 18 ans d'un *œdème bilatéral des mains et des avant-bras* qui disparut sans traitement au bout de quelques jours. Depuis 15 ans cet œdème reparut plusieurs fois, toujours localisé aux membres, rarement s'étendant au scrotum. En général indolent, il affecte une marche cyclique; le début est brusque, la durée de deux ou trois jours. A quoi peut-on attribuer cet œdème? Le malade présente actuellement de l'albuminerie rétractile dans ses urines. Mais cette albuminurie existait-elle il y a 15 ans? Il n'a pas d'antécédents rhumatismaux. Il est très nerveux, la moindre émotion lui amène une sensation de strangulation. Pas de phénomènes hystériques notoires. La céphalée est peu accusée. Jamais d'autres phénomènes qui permettent de penser à un œdème de cause albuminurique. Il a eu une fièvre typhoïde, l'œdème n'est apparu pour la première fois que 3 ans après. L'albuminurie date-t-elle de là? Jamais il n'y a eu d'œdème palpébral. Il semble qu'il s'agit d'un cas d'*œdème angioneurasthénique*. Le traitement par le salycilate de soude n'a rien fait; actuellement il suit le traitement de l'albuminurie.

M. Laveran. — Il y a une différence notable entre la température des deux mains, ce qui est en faveur de la théorie de la paralysie des angiomoteurs. La faradisation serait à tenter.

M. Delpeuch a eu à traiter, à Lariboisière, 64 *cholériques*. Sur ce nombre il y a 26 morts, soit 40 0/0. En analysant suivant les sexes il y a pour 31 hommes 16 décès, pour 33 femmes 10 décès. La mortalité est donc plus faible chez les femmes, fait constaté par Bourcy en 1884. Faut-il chercher en dehors de l'influence du sexe une raison à cet état de choses cela est intéressant. Sur cinq cas de délire un seul est survenu chez une femme. Bien que ce délire n'ait pas été bruyant, ni accompagné de tremblement on peut le rattacher à l'alcoolisme. Celui-ci constitue donc une aggravation au choléra, car les malades n'ont pas été privés d'alcool, puisqu'ils recevaient du thé au rhum, des potions de Todd, du champagne. Duflocq dans sa relation de l'épidémie de 1884 sur 7 délires, signale 6 hommes, 1 femme; tous ces malades étaient alcooliques. Les autres maladies antérieures semblent sans grande influence. Les injections intraveineuses n'ont pas été employées, leurs résultats antérieurs ne sont pas concluants et ceux de l'épidémie actuelle peu encourageants. D'une part les injections intraveineuses n'ont pas augmenté le nombre des guérisons, d'autre part des malades très gravement atteints ont guéri sans elles. Peut-être auront-elles une action plus marquée quand on aura trouvé un traitement spécifique du choléra. La médication symptomatique est actuellement la meilleure; contre les vomissements lavage de l'estomac et acide lactique. Contre la diarrhée, quand elle résistait à l'opium et à l'acide lactique, lavements créosotés; ceux-ci ont amené la cessation de la diarrhée et des vomissements, même chez des malades qui moururent; la mort est donc le résultat d'un empoisonnement. C'est contre l'algidité et la cyanose que nous sommes le plus désarmés. Les injections de sulfate de strychine font reparaître le pouls et paraissent indiquées dans ces cas surtout chez les alcooliques. Contre les symptômes nerveux, les opiacés et surtout la suppression absolue de l'alcool ont bien réussi. Aucun cas de contagion aux élèves ou aux malades non cholériques bien que les précautions n'aient consisté qu'en lavages des mains et des vêtements souillés avec de la liqueur de Van Swieten. Le choléra n'est donc pas contagieux à proprement parler.

M. Barrié attribue comme M. Delpeuch la plus grande mortalité chez l'homme à l'alcoolisme. Il s'est bien trouvé de l'opium contre les coliques intestinales et la diarrhée. Trois cas ont cédé aux injections sous-cutanées de morphine. Il persiste donc à croire que l'opium est le vrai médicament de la colique et de la diarrhée. La dose était de 0,10 centigrammes d'extrait thébaïque en potion. Cela est meilleur que les lavements laudanisés.

M. Galliard croit qu'il faut réserver la transfusion intraveineuse aux malades in extremis. Il faut s'en tenir aux indications données par M. Hayem en 1884; à Hambourg; les médecins ont pratiqué la dermoclyse, l'entéroclyse et la phléboclyse. Chez les malades transfusés il n'y a eu que 25 0/0 de mortalité. Il ne faut pas être prodigue de la transfusion, les résultats obtenus par M. Hayem en 1892 sont inférieurs à ceux de 1884, sa statistique n'est d'ailleurs pas comparable aux autres, tous les malades de M. Lesage ayant été transfusés systématiquement, sans nécessité. L'hypodermoclyse pourrait peut-être être employée davantage, surtout chez les malades qui doivent être transportés. Si on avait fait cela pour des malades de la banlieue, on aurait évité des suites fâcheuses. On pourrait à l'avenir créer des lazarets plus nombreux ou mettre à la disposition des médecins des bouteilles de sérum stérilisé, avec lequel ils pourraient faire des injections aux malades avant leur transport en voiture. Ceux-ci se trouveraient alors dans de meilleures conditions pour la phléboclyse ou la dermoclyse, si cette dernière avait été déjà employée comme traitement préalable.

M. Barrié fait remarquer que ni lui ni M. Galliard n'ont vu de choléra sec caractérisé par l'absence de toute évacuation au dehors. Il demande à ses maîtres s'ils en ont vu et en quoi cela consiste.

M. Desnos. — Le malade n'a pas de selles pendant la vie et on trouve à l'autopsie l'intestin rempli d'une énorme quantité de liquide. Il y a alors paralysie de l'intestin, car ces cas sont foudroyants.

M. Catrain a vu, sur cinq malades atteints de choléra, 1 cas de choléra sec.

M. Barrié. — Comment a-t-on pu diagnostiquer le choléra?

M. Catrain. — Par la coexistence des 4 autres cas.

M. Desnos. — Pour le mien, j'ai fait l'autopsie.

M. Babinski. — Les phénomènes de l'hystérie et surtout de la petite *hystérie* peuvent s'associer à d'autres maladies. Malgré le nombre des travaux publiés on pourrait croire que ces coïncidences sont rares; elles sont au contraire fréquentes. Le

traumatisme peut faire apparaître des manifestations hystériques, il en est de même d'autres maladies : Hémiplégie, méningo-encéphalite, fracture du conduit auditif, parésie, cystite, endométrite, coxalgie, arthrite scapulo-humérale ont été accompagnées de manifestations hystériques guéries par la faradisation ou l'hypnotisation.

M. BABINSKI présente à la Société deux types de nouveaux *marteaux percuteurs* dus à M. Blocq.

M. LEGROUX présente, au nom de M. Barthélemy, un nouvel instrument pour injections hypodermiques aseptiques.

L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 *novembre* 1892.— PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEL.

Les interventions dans les grandes névralgies pelviennes.

M. REYNIER établit tout d'abord qu'il existe des fausses-ovariennes, à la façon des faux-urinaires de M. Guyon : chez elles la douleur est d'origine centrale, et la lésion du système nerveux central se manifeste cliniquement quelquefois par du nystagmus, du tremblement de la parole, etc. Dans deux cas où M. Reynier est intervenu par la castration ou l'hystérectomie l'état général se trouva aggravé. Bien plus nombreuses sont les neurasthéniques et les hystériques. Chez les premières c'est le cerveau qui localise et transforme en douleur une simple sensation, qui chez les femmes normales passerait inaperçue. Ces malades imaginaires, les hypochondriaques d'antan, ne sont pas non plus passibles de l'intervention chirurgicale. D'abord parce que, chez elles, l'état mental s'aggrave après la castration — et M. Regnier cite deux faits personnels à l'appui, — ensuite que les névralgies, quittant l'ovaire et les annexes, se localisent dans un autre organe, estomac, bras, etc. Faut-il alors enlever l'estomac à la malade? Restent les hystériques. Ici encore on a à compter avec une lésion centrale. Il est vrai qu'en faisant la castration on trouve souvent des adhérences ; mais en les détruisant l'opération créé d'autres, puis c'est le pédicule qui devient douloureux. On ne gagne donc rien à intervenir. En somme, sur 15 cas de castrations qu'avait faites M. Reynier, pour des douleurs pelviennes tenant à des lésions matérielles des annexes, 6 opérées ont retiré un bénéfice très réel ; sur les 9 autres, 5 souffrent au moment des règles et accusent des douleurs dans le pédicule, 4 se trouvent dans le même état qu'avant l'opération ; parmi ces dernières, 2 présentent depuis l'opération des crises d'hystéro-épilepsie. En résumé, il s'agit avant tout de faire le diagnostic exact de la lésion nerveuse. Quant à l'intervention, M. Reynier ne l'admet que tout à fait à titre exceptionnel et après avoir épuisé toutes les ressources thérapeutiques ordinaires.

M. KIRMISSON cite un cas de castration pour névralgie pelvienne. On trouva des ovaires scléro-kystiques. Les douleurs revinrent après un répit de 8 mois.

M. TERRILLON est intervenu pour la castration 10 fois. Dans 4 cas, il s'agissait des hystériques et les 4 fois l'insuccès fut complet. Les 6 autres dont une ne date que de 6 mois, ont donné autant de succès.

M. ROUTIER trouve, en s'appuyant sur plusieurs cas personnels, que la castration soulage les malades si elle ne les guérit. Le plus souvent on trouve des adhérences.

M. POZZI établit 2 catégories : une où l'on trouve des lésions appréciables à l'examen clinique. Dans ces cas, l'intervention est parfaitement justifiée. L'autre comprend la douleur *sine materia* ; mais ici encore, il faut faire la part de l'hystérie, de l'anémie, de la mobilité excessive de l'utérus, du développement non-parallèle de diverses portions de l'appareil génital etc. Pour tous ces cas, il faut d'abord épuiser la térapeutique rationnelle (massage, pesoairs, douches, etc.), avant de castrer. Tout ceci restreint donc considérablement le champ des névralgies pelviennes pures dans lesquelles l'intervention donne des résultats variables en ce sens qu'elle est tantôt curable, tantôt palliative, tantôt même nuisible.

M. SCHWARTZ présente un cas d'*arthrite rhumatismale du genou* avec destruction des ligaments et intégrité de l'article, traité avec succès par l'arthrodèse.

M. QUENU cite un cas d'arthrite sèche où l'arthrodèse avait échoué.

M. CHAMPIONNIÈRE trouve que la résection classique aurait réussi aussi bien que l'arthrodèse.

M. TUFFIER présente son malade auquel il avait fait il y a 8 mois, la *résection du sommet du poumon droit*. Le malade a engraissé de 8 livres.

M. BERGER présente un malade auquel il avait fait une *amputation de Chopart des deux côtés*. Le malade marche très bien.

Marcel BAUDOUIN.

VARIA

Collège de France.

Cours d'Anatomie générale. — M. RANVIER, professeur, fera son cours les mercredis et vendredis, à 5 heures. Il traitera : du système lymphatique. Des démonstrations pratiques seront faites le samedi par le professeur, aidé de M. SUCHARD, préparateur.

Laboratoire d'Histologie (dépendant de l'Ecole pratique des hautes études).— M. RANVIER, directeur ; M. MALASSEZ, directeur-adjoint ; MM. DARIER, VIGNAL, répétiteurs. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales, soit en histologie normale, soit en histologie pathologique. Il est fait de plus par MM. les répétiteurs un cours particulier de technique histologique dont la durée est de deux mois. On s'inscrit au laboratoire chaque jour de la semaine, de 2 à 4 heures.

Cours de Médecine expérimentale. — M. BROWN-SÉQUARD, professeur, en congé, sera remplacé cet hiver par M. D'ARSONVAL, suppléant, qui traitera des effets physiologiques et pathogéniques des principaux agents physiques, les mercredis et vendredis, à 4 heures 1/2. Le Laboratoire de M. Brown-Séquard n'est pas public.

Laboratoire de Physique biologique. — M. D'ARSONVAL, directeur. Ce laboratoire n'est pas public.

Cours d'Histoire naturelle des corps organisés. — M. MAREY, professeur. M. FRANÇOIS FRANCK, suppléant, traitera de l'influence comparative du système nerveux et des poisons organiques sur l'innervation des vaisseaux sanguins. Mercredi et vendredi à 3 h. 1/2 salle 7).

Laboratoire de Physiologie pathologique (Ecole pratique des hautes études). — M. FRANÇOIS FRANCK, directeur. Ce laboratoire est un laboratoire de recherches. Il sera ouvert les lundi, mercredi et vendredi.

Cours d'Embryogénie comparée. — M. BALBIANI, professeur, sera remplacé par M. Henneguy qui traitera du développement des organes reproducteurs chez les Vertébrés, les mercredis et samedis, à 2 heures.

Cours de Chimie organique. — M. BERTHELOT, professeur, fera son cours sur la thermochimie; les lundis et vendredis, à 10 h. 1/2.

Cours de Chimie minérale. — M. SCHÜTZENBERGER, professeur, traitera les mercredis et samedis, à 10 heures 1/2, de diverses questions d'analyse et de chimie générale, notamment des relations entre les propriétés des corps et leur constitution chimique.

Les laboratoires de MM. Berthelot et Schützenberger sont uniquement des laboratoires de recherches.

Les cours du Collège de France ne commencent que dans les premiers jours de décembre; nous compléterons, en temps voulu, s'il y a lieu, les indications sus-énoncées.

Ecole dentaire de Paris.

La cérémonie de la réouverture des cours à l'*Ecole dentaire* de Paris, 57 rue Rochechouart, a eu lieu samedi dernier dans l'hôtel de l'Ecole, sous la présidence de M. Emile Ferry, député. Nous avons à maintes reprises parlé dans le *Progrès Médical* de cette intéressante institution, qui, avec sa sœur de la rue de l'Abbaye, dont nous parlons plus bas, rend d'incontestables services ; l'assistance était nombreuse.

Après quelques éloquentes paroles de M. Emile Ferry, M. Lecaudey, directeur de l'Ecole, prononce une courte allocution suivie d'une très brillante conférence de notre collaborateur, le Dr Isch-Wall, professeur à l'Ecole.

M. le Dr Isch-Wall cherche à étudier le rôle que les auteurs dramatiques ont fait jouer au dentiste sur la scène moderne. Il montre que le dentiste, au théâtre, est toujours un personnage bouffon et il en cherche la raison. Il remarque que le médecin, jusqu'à notre siècle, et notamment au temps de Molière, était, lui aussi, un personnage comique, et cela parce que la médecine à cette époque, au lieu d'affecter les allures scientifiques qu'elle a aujourd'hui, était une pure étude de convention qui se bornait presque entièrement à commenter les anciens. Ce qui a augmenté

le prestige du médecin, ce qui a permis aux dramaturges d'en faire un personnage noble, ce sont les progrès même de la science.

On peut, par analogie, admettre que le dentiste aura perdu, au théâtre, son caractère de comique, le jour où l'odontologie sera une science définitivement fondée. Ce jour est très proche, s'il n'est déjà arrivé, grâce à la fondation de l'Ecole Dentaire de Paris; car cette Ecole n'a pas seulement rendu de grands services professionnels, mais encore elle a permis à de nombreux travaux de voir la lumière. Elle a ainsi fait progresser la science et relevé le prestige de la profession de dentiste.

Après le discours, M. Bonard, professeur à l'Ecole, rend compte des travaux de l'année et des résultats obtenus. Il cite en particulier l'heureuse nommination officielle de M. Poinsot comme médecin dentiste de l'Asile clinique, puis il rend hommage à ceux qui sont morts dans l'année.

Il est ensuite procédé à la lecture du palmarès. Des diplômés de l'année, au nombre de 27, nous citerons Mlle Berg, Mmes Prussenar et Masson, MM. Jcay, Broussilonski, etc. etc., qui ont obtenu les plus hautes récompenses.

Un lunch amical, auquel assistaient les professeurs, les invités et les élèves diplômés a suivi cette cérémonie et professeurs et élèves se sont promis de travailler à qui mieux mieux durant l'année scolaire si amicalement commencée.

Alb. R.

Ecole odontotechnique.

Une cérémonie semblable a eu lieu lundi 14 courant à l'Ecole odontotechnique de la rue de l'Abbaye, sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts qui avait délégué, pour le représenter en cette circonstance, M. Charles Letort, attaché à son cabinet. A ses côtés avaient pris place MM. Crignier, président de l'Association, Ed. Damain, directeur de l'Ecole et le corps enseignant tout entier. Dans l'Assemblée très nombreuse, nous avons remarqué de nombreux dentistes de Paris et de la province; un grand nombre de dames rehaussaient gracieusement l'éclat de cette belle cérémonie.

M. Crignier souhaite la bienvenue au représentant du ministre et lui exprime combien tous sont satisfaits du choix heureux que M. Léon Bourgeois a bien voulu faire en désignant pour présider cette séance le savant distingué à qui il adresse ses plus sincères remercîments.

M. Letort donne ensuite la parole à M. Crignier qui choisit pour sujet d'entretien l'article II du titre 2 du texte connu du projet de loi sur l'exercice de la médecine en France, qui est ainsi conçu : « Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste. » M. Crignier s'est efforcé de prouver aux élèves et aux jeunes diplômés qu'en exerçant leur profession munis de leur diplôme spécial délivré par l'enseignement technique, ils ne seraient pas placés à un degré d'infériorité par rapport aux docteurs-médecins pratiquant l'art dentaire avec leur brevet supérieur. Le Président de l'Association a constaté que l'enseignement général de la médecine tel que le donne la Faculté ne comportait dans son programme d'enseignement aucune notion relative à l'odontotechnie et que les docteurs qui faisaient de la dentisterie sans avoir suivi les cours des écoles spéciales risquaient fort de n'apprendre qu'à leurs dépens.

M. Damain, directeur de l'Ecole, empêché par des raisons majeures, ne peut que prononcer une courte allocution renfermant un suprême adieu à un collègue aimé, M. le professeur Dubrac, enlevé rapidement il y a quelques mois à l'affection de tous ceux qui l'ont connu, alors que sa robuste constitution semblait lui faire présager de longs jours.

M. le Dr Camille Quédot, professeur de dentisterie opératoire à l'Ecole, prononce ensuite un spirituel discours très gouté et longuement applaudi par l'auditoire tout entier. Nous en donnons ici avec plaisir quelques lignes. Après avoir jeté un coup d'œil en arrière et fait voir que l'empirisme dominait complètement l'art dentaire il y a très peu de temps encore, il fait ressortir tous les progrès accomplis dans cette branche spéciale de la chirurgie, grâce au microscope et à l'étude des microbes, et, dit-il :

« Pour vous, la dent n'a plus de mystère, sa structure intime est révélée, ses maladies diverses sont éclairées d'un jour de plus en plus puissant; à l'histoire de la dent saine s'ajoute, page à page, lentement, mais sûrement, l'histoire de la dent malade. En même temps que sont dévoilés les secrets du mal, survient avec éclat la découverte du remède : l'antisepsie. Je n'ai pas à vous rappeler combien fut féconde cette découverte, et doublement féconde, puisque du même coup, elle permit de prévenir les infections et de les traiter. Stricts observateurs du rituel antiseptique, les dentistes ont pu obtenir une amélioration remarquable des résultats dans les opérations diverses où la suppuration retardait le succès final; ils ont pu bannir de leur manuel operatoire des méthodes surannées qui sont, comme celle du drainage, la négation même de l'antisepsie; et, opérateurs aseptiques, guérir radicalement des dents que leurs devanciers auraient impitoyablement condamnées, déplacées et remplacées ; ils ont pu, en un mot, économiser la dent humaine ! »

M. Charles Letort, délégué du ministre de l'Instruction publique, dans une courte allocution, rappelle les circonstances dans lesquelles se sont fondées, il y a bientôt quinze ans, les deux Associations qui ont entrepris le relèvement moral et professionnel de la corporation des dentistes, en poursuivant, d'une part, la règlementation de la profession par l'institution d'un diplôme officiel, et, d'autre part, l'organisation d'un enseignement normal et sérieux. Il rend particulièrement hommage aux efforts de l'Association odontologique et de l'Ecole odontotechnique pour obtenir ce double résultat, efforts couronnés, du reste, d'un plein succès. En effet, l'on peut considérer comme acquise la loi sur l'exercice de la médecine, qui crée le *diplôme* de chirurgien dentiste, et les résultats obtenus dans les cours professés à l'Ecole, encore cette année, prouvent combien étaient justifiées les ambitions de ces fondateurs dévoués.

« Le gouvernement de la République, dit en terminant M. Ch. Letort, est heureux de prodiguer ses félicitations et ses encouragements aux œuvres d'initiative privée telles que la vôtre, Messieurs. Il sait aussi reconnaître avec quel désintéressement vous avez tenu à unir la bienfaisance à la pratique de la science, en donnant ainsi le plus bel exemple de solidarité démocratique... »

M. le Dr Mora, inspecteur chargé de cours à l'Ecole odontotechnique, a donné ensuite lecture du palmarès. Parmi les lauréats, nous citerons : MM. Quénot, élève sortant diplômé ; Obrecht et Bertrand, élèves de 3e année ; Waller et Berlioz, élèves de 2e année.

La séance allait être levée, lorsqu'un jeune professeur, à l'Ecole, M. Maurice Hivert, demande à prononcer quelques mots à l'adresse du dévoué directeur de l'Ecole, M. Damain, à qui il fait un public hommage, au nom de tous ses collègues diplômés de l'Ecole, d'un superbe écrin, renfermant les palmes d'officier d'académie, enrichies de diamants, palmes bien vaillamment conquises et méritées par M. Damain.

Tout ému et ne s'attendant nullement à cette cordiale et touchante marque de sympathie de ses élèves, M. Damain prononce quelques mots de remercîments, mais l'émotion trahissant sa bonne volonté, il ne peut continuer et donne fraternellement l'accolade à son jeune collègue et ami aux applaudissements mille fois répétés de l'assemblée. Nous nous associons de tout cœur à cet éloquent témoignage des élèves pour un maître aimé et nous serons heureux de le voir se répéter fréquemment pour tous ceux qui dirigent amicalement l'enseignement de la jeunesse et savent se faire apprécier d'elle.

Un lunch réunit ensuite tous les assistants dans une salle voisine où se termina cordialement cette fête toute familiale.

Albin Rousselet.

Comité du Monument Villemin.

Un certain nombre de médecins des Vosges ont pensé que le Dr Villemin, originaire de ce département, méritait, par les immortels services qu'il a rendus à la science et à l'humanité, qu'un hommage public fût rendu à sa mémoire et dans la localité même qui a donné naissance à ce savant. Ils ont constitué un Comité qui se trouve composé de la manière suivante : *Présidents d'honneur* : M. H. Boucher, député des Vosges, conseiller général du canton de Bruyères (où est né Villemin); M. le Dr Léon Colin, membre de l'Académie de médecine. Médecin-inspecteur, Directeur du service de santé militaire du gouvernement de Paris; M. le Dr Kelsch, Médecin principal de 1re classe. professeur au Val-de-Grâce, tous trois compatriotes du docteur Villemin.

Président du Comité : M. le Dr LIÉTARD, Président de l'Association de prévoyance. *Vice-Président du Comité* : M. le Dr LARDIER, Président de l'Association syndicale. *Membres* : M. le Dr GUYON, Vice-Président de l'Association de prévoyance; M. le Dr POMMAGEOT, Vice-Président de l'Association syndicale. *Secrétaire-Trésorier du Comité* : Dr A. FOURNIER, membre. — Le but que se propose ce Comité est d'élever à la mémoire du Dr VILLEMIN, dans son village natal, un monument perpétuant les services rendus au pays et à la science par notre illustre compatriote. Le Comité a pensé que, dans le pays entier aussi bien que dans les Vosges, les médecins et un grand nombre de personnes qui se sont intéressés aux travaux mémorables du Dr VILLEMIN seraient heureux de saisir cette occasion de rendre un public hommage à cette gloire que nous devons considérer comme nationale, car il est hors de doute que, sans VILLEMIN, la découverte de l'Allemand Koch serait encore aujourd'hui à faire. A cet effet, le Comité a ouvert une souscription, dont le produit sera affecté à l'érection d'un monument dans la commune de Prey-sous-Bruyères (Vosges). — N. B. Les demandes de renseignements et les souscriptions devront être adressées à M. le Dr FOURNIER, Secrétaire-Trésorier du Comité, à Rambervilliers (Vosges).

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 21. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Sebileau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Marchand, Jalaguier, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Straus, Déjerine, Gaucher.

MARDI 22. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Debove, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Duplay, Quenu, Brun. — (2e *série*) : MM. Guyon, Schwartz, Albarran.

MERCREDI 23. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Chauffard, Letulle. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Déjerin. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier.

JEUDI 24. — Médecine opératoire : MM. Panas, Poirier, Albarran. — 3e *de Doctorat* oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Schwartz, Bar.

VENDREDI 25. — 3e *de Doctorat* oral (1re *partie*) : MM. Tillaux, Ricard, Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Marchant, Tuffier, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Potain, Brissaud, Marie.

SAMEDI 26. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Retterer, Poirier. — 5e *de Doctorat*, (1re *partie*) Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Le Dentu, Quénu. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Gilbert, Marfan.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris

MERCREDI 23. — M. Blaire. Etude sur l'ablation des fibrômes utérins par la voie vaginale. — Morcellement et énucléation. — M. Lenormand. Recherches anatomiques et cliniques sur la suture des tendons de la face dorsale de la main.

JEUDI 24. — M. Garat. Influence de la ménopause sur le développement de la folie. — M. Henry. Du pouls chez les tuberculeux. — M. Fouad. Des polypes fibro-muqueux des arrière-narines. — M. Basso. Les thyroïdites aigues. — M. Acosta-Ortiz. Du traitement chirurgical des anévrismes du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'anse. — M. Labit. De l'emploi du diapason comme moyen diagnostique dans les affections de l'oreille. (Expérience de Rinn, expérience de Weber). — M. Gaston. De l'intervention chirurgicale dans le cas de hernies ombilicales adhérentes. — M. Bellouard. Etude sur l'apparition précoce de l'opthalmie purulente chez les nouveaux-nés.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. — M. le Dr VIGNES commencera le jeudi 1er décembre, à 3 heures, à sa clinique, 18, rue Dauphine, un cours d'ophtalmologie qui sera complet en trois mois. M. LAFOREST, chef de clinique, exercera les élèves aux examens pratiques. Se faire inscrire à la clinique, tous les jours, de 1 h. à 3 heures.

Cours d'histologie. — M. le Dr LATTEUX, ancien chef du Laboratoire de la Faculté, à la Charité, recommencera son cours de technique microscopique pratique et de diagnostic d'histologie pathologique, le 21 novembre, à 8 heures *du soir*, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit rue du Louvre, n° 17, de 1 heure a 2 heures.

Physiologie des sensations. — M. Charles HENRY, maître de conférences à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, ouvrira le samedi 26 novembre, à dix heures du matin, au laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne, son cours de physiologie des sensations. Dans le premier semestre il traitera de la photométrie des intensités très faibles et de différents problèmes de photoptométrie; il exposera la théorie et les principales applications d'un thermomètre physiologique, fondé sur le principe de Carnot; il terminera par le développement des méthodes qui permettent d'explorer l'olfaction. Des exercices pratiques sur ces matières auront lieu de onze heures à midi, le samedi, et à des jours et heures qui seront fixés ultérieurement.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 6 nov. 1892 au samedi 12 nov. 1892, les naissances ont été au nombre de 1080 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 434; illégitimes, 128, Total, 562. — *Sexe féminin :* légitimes, 375 ; illégitimes, 143. Total, 518.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 nov. 1892 au samedi 12 nov. 1892, les décès ont été au nombre de 851 savoir : 428 hommes et 423 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 5, T. 7. — Variole : M 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 2, F. 1, T. 3. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 0, F. 0, T. 0 — Diphtérie, Croup : M. 20 F. 12, T. 32. — Affections cholériformes : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 99, F. 71, T. 170. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 13, T. 31 — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 33, T. 47. — Méningite simple : M. 9, F. 9, T. 18. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 21, F. 33, T. 54. — Paralysie, M. 5, F. 7, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 2, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 31, T. 53. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 9, T. 21. — Bronchite chronique. M. 11, F. 12, T. 23. — Broncho-Pneumonie : M. 12, F. 12, T. 24, — Pneumonie : M. 20, F. 14, T. 34. — Gastro-entérite, biberon : M. 12, F. 11, T. 23 — Gastro-entérite, sein : M. 9, F. 4, T. 13. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0. F. 1, T. 1 — Débilité congénitale : M. 14, F. 15, T. 25 — Sénilité : M. 6, F. 17, T. 23. — Suicides : M. 13, F. 9, T. 22. — Autres morts violentes : M. 15, F. 3, T. 18 — Autres causes de mort : M. 84, F. 84, T. 168 — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 82, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 15. Total : 41. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 16. Total : 41.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. RAVEAU (Henri-Alphonse-Camille), licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est nommé préparateur du cours de physique à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Berthelot, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — *Laboratoire de Luc-sur-Mer.* — M. CHEVREL, docteur ès sciences, préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Caen, est maintenu, pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions de chef des travaux zoologiques du laboratoire de Luc-sur-Mer.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT. — M. GIRAUD, licencié ès sciences physiques, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, des fonctions de préparateur de géologie et de minéralogie à la Faculté des sciences de Clermont.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — M. BATAILLON, docteur ès sciences, préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Lyon, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de zoologie à la Faculté des sciences de Dijon.

FACULTÉ DES SCIENCES DE POITIERS. — M. WELSH (Jules-Augustin), docteur ès sciences naturelles, est nommé professeur de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Poitiers.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — M. REY, licencié ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique à la Faculté des sciences de Toulouse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.* — M. le Pr LABOULBÈNE a commencé le cours d'Histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 10 novembre 1892, à 5 heures (Petit Amphithéatre) : il le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. Dans la première leçon, le professeur résumera l'histoire de Celse et de la médecine à Rome.

Cours complémentaire de pathologie chirurgicale. — M. JALAGUIER, agrégé chargé du Cours, a commencé le cours complémentaire de pathologie chirurgicale le vendredi 4 novembre

1892, à 3 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le Pr Léon LE FORT commencera le cours de clinique chirurgicale le mardi 22 novembre 1892, à 10 h. du matin (Hôtel-Dieu), et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. — Visite des malades tous les matins, à 8 h. 45.

Clinique chirurgicale. — M. le Pr TILLAUX commencera le cours de clinique chirurgicale le lundi 21 novembre 1892, à neuf heures et demie du matin (Hôpital de la Pitié), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Lundi et vendredi, à 5 heures, exercices cliniques sous la direction de M. le Dr Thiery, chef de clinique ; Lundi et jeudi, à 4 h., démonstrations d'anatomie pathologique par M. le Dr Pilliet.

Clinique médicale (Hôtel-Dieu). — M. le Pr G. SÉE a commencé le cours de Clinique médicale le lundi 7 novembre 1892 ; il le continuera tous les lundis, à la même heure. Les mercredis et vendredis, conférences au lit des malades. Ce semestre sera consacré au traitement physiologique des symptômes cardiaques.

Clinique médicale (Hôpital de la Pitié). — M. le Pr JACCOUD a repris son cours de Clinique médicale le samedi 12 novembre 1892, à 9 heures et demie du matin ; il le continuera les mardis et samedis suivents à la même heure. Visite des malades tous les jours, à la même heure.

Clinique ophtalmologique. — M. le Pr PANAS a commencé le cours de Clinique ophtalmologique le lundi 7 novembre 1892, à 9 heures du matin ; il le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Clinique et opérations à 10 heures. — Exercices ophtalmologiques tous les mercredis.

Clinique chirurgicale de la Pitié. — M. le Pr TILLAUX commencera ses leçons le lundi 21 novembre et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants. Clinique et opérations. — M. le Dr THIÉRY, chef de clinique, fera, à partir du 21 novembre, des conférences cliniques tous les lundis et vendredis, à 5 heures 1/4. Exploration clinique par les élèves. — M. le Dr PILLIET, chef de Laboratoire, fera des démonstrations d'anatomie pathologique tous les lundis et jeudis, à 4 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. HOLLARD (Auguste), bachelier ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, préparateur adjoint du laboratoire de chimie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Glaise, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — MM. BITOT, chef de clinique médicale, et OUI, chef de clinique obstétricale, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, sont maintenus, pour un an, dans leurs fonctions, à dater du 1er novembre 1892.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un congé, sans traitement, pour l'année scolaire 1892-1893, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Paussier, aide de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Montpellier. — M. JALABERT (Adolphe), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, des fonctions d'aide de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. CASTEX, agrégé, près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, chef des travaux pratiques de physique à la Faculté, en remplacement de M. Doumer, dont la délégation est expirée.

ECOLE DÉPARTEMENTALE D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES DE L'ASILE CLINIQUE (*Sainte-Anne*).—(Douzième année). — Les Cours ont commencé le lundi 14 novembre 1892, à huit heures du soir, dans l'Amphithéâtre de l'Admission, et se continueront les lundis et vendredis suivants à la même heure. *Programme pour l'Année scolaire 1892-1893 : Administration* : Professeur, M. le Dr TAULE. — *Anatomie* : Professeur, M. le Dr PICHON. — *Physiologie* : Professeur, M. le Dr VALLON. — *Pansements et Appareils* : Professeur, M. le Dr PICQUÉ. — *Hygiène* : Professeur, M. le Dr DUBUISSON. — *Petite Pharmacie* : Professeur, M. le Dr THABUIS, pharmacien en chef de l'Asile de Vaucluse.—Les personnes étrangères à l'établissement qui désireront suivre ces cours gratuits devront se faire inscrire tous les jours, de 10 heures à 4 heures, à la direction de l'Asile. rue Cabanis, no 1.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — M. JOUBIN, docteur ès sciences, professeur de physique à la Faculté des sciences de Besançon, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville, en remplacement de M. Boisard, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DES SCIENCES D'ALGER. — Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à M. RABOURDIN, calculateur à l'observatoire annexé à l'Ecole des sciences d'Alger, à partir du 1er novembre 1892.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — Un congé, sans traitement, pendant l'année scolaire 1892-1893, est accordé, sur sa demande, à M. GLANGEAUD, suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ETUDES. — M. MESNIL (Félix-Etienne-Pierre), ancien élève de l'Ecole normale supérieure, agrégé des sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire de microbie morphologique au laboratoire de chimie physiologique, dirigé par M. Pasteur et dépendant de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes (section des sciences physico-chimiques), en remplacement de M. Le Dantec, appelé à d'autres fonctions.

UNIVERSITÉ DE LILLE. — *Bibliothèque.*— M. SOLON (Louis-François-Nicolas-Joseph), bibliothécaire de la bibliothèque universitaire de Clermont (3e classe), est nommé bibliothécaire chargé de la direction du service de la bibliothèque universitaire de Lille (même classe), en remplacement de M. Tracon, décédé.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.* — Voici les questions posées la semaine dernière à l'épreuve orale d'anatomie : *Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs* ; — *Surfaces articulaires et ligaments de l'articulation du coude* ; — *Proces iliaque.*

CONSEIL ACADÉMIQUE DE BESANÇON. — Sont adjoints au Conseil académique de Besançon, pour le jugement des affaires disciplinaires ou contentieuses, les membres de l'enseignement secondaire libre, qui doivent venir dans sa prochaine session : MM. l'abbé Reinbold, directeur de l'institution Sainte-Marie, à Besançon ; Bachelet, chef d'institution secondaire libre, à Azans.

CONSEIL ACADÉMIQUE DE CAEN. — M. Lucas-Giradville, proviseur du lycée de Coutances, est nommé membre du Conseil académique de Caen, en remplacement de M. François, appelé à d'autres fonctions.

EXPÉDITION AU DAHOMEY. — *Etat sanitaire.* — Parmi les officiers blessés au Dahomey, il y a M. le Dr Rouch. M. le Dr Rouch a été blessé au genou.

EMPOISONNEMENT D'UN MÉDECIN A LA PRISON DE BEAUVAIS. — Le 17 septembre dernier, après sa visite à la prison de Beauvais, M. le docteur Lesage, qui recherchait, depuis quelques jours, la cause de malaises inexpliquables dont souffraient les prisonniers, et attribués alors, par la rumeur publique, au choléra ou à un excès d'acide phénique jeté sur les chiffons triés à la prison, demanda à la supérieure de goûter l'extrait de feuilles de noyer que l'on mélangeait à l'eau de la boisson. Il versa donc dans un verre de limonade au citron une demie-cuillerée à café d'extrait de feuilles de noyer et absorba le mélange. Quatre minutes s'étaient à peine écoulées, qu'il ressentait une chaleur extrême à l'épigastre, une grande sécheresse de la gorge, sa vue se troublait, ses jambes fléchissait ; on dut le faire asseoir sur un siège. Il était empoisonné. Mais, grace à une médication énergique, la guérison a été rapide et, soixante six heures après l'absorption, le docteur Lesage reprenait ses occupations. L'enquête ouverte établit qu'au lieu d'extrait de feuilles de noyer, le pharmacien fournisseur de la prison avait fourni de l'extrait de belladone. Le jour où cette fourniture a été faite, le pharmacien, M. François, était absent, et l'extrait a été donné par son élève Des poursuites furent excercées contre M. François, et le tribunal correctionnel de Beauvais, devant lequel il vient de comparaître, l'a condamné, sur les réquisitions de M. le substitut Chênebenoit, à six jours de prison et 100 francs d'amende, avec application de la loi Bérenger.

LE CHOLÉRA. — *Russie.* — La cour de justice de Saratov, qui s'était montrée d'abord fort indulgente pour les individus poursuivis à la suite des troubles de juin-juillet, vient de prononcer plusieurs arrêts rigoureux. Elle a condamné cinq paysans du village Andreevka à la perte des droits civils et politiques, et à un an de séjour dans les compagnies de discipline pour avoir exigé du *starosta* (ancien), à l'assemblée du village, qu'il tint secrète l'apparition du choléra. Les débats de cette affaire ont été mouvementés. La déclaration du *starchina volosti* chef du bailliage), qui a avoué avoir désigné les prévenus pour la seule raison « qu'il fallait bien désigner quelqu'un, » a été accueillie par les murmures de l'auditoire. A la fin des débats, les accusés se sont jetés à genoux, demandant grace, et disant qu'ils avaient déjà été punis de leur faute et passés par les verges : « Peut-être, a répondu le président, mais c'est seulement maintenant que votre chatiment commence. Un bourgeois de Volsk, agé de soixante-dix ans, membre du conseil municipal et de la commission sanitaire,

Tchoumakov, a été condamné à dix jours de prison pour avoir répandu de faux bruits au sujet de l'épidémie et dit, entre autres, que des gens bien portants avaient été saisis par la police et enterrés vifs à Saratov. Il est à remarquer que Tchoumakov, qui jouit d'une grande considération à Volsk, avait organisé à ses frais un baraquement pour les cholériques. Un paysan de Kormaerka a été condamné, pour les mêmes faits, à la relégation en Sibérie. — La *Gazette officielle de Kherson* (Russie) a fait le relevé des décès cholériques signalés depuis le commencement de l'épidémie par les journaux officiels de Saint-Pétersbourg et des provinces : Il y a eu dans tout l'empire, jusqu'au 15/27 octobre, 220,122 cas de choléra suivis de décès. Les régions les plus éprouvées ont été le Caucase (63,268 décès), le gouvernement de Saratov (18,992), le Donets (17,751), les gouvernements de Samara (14,962) et de Tobolsk (11,825), la province transcaspienne (10,227) et le gouvernement de Voronej (9,468). Il y a eu 1,501 décès dans la province de Saint-Pétersbourg et 615 dans celle de Moscou.

Hongrie. — Le choléra sévit fortement dans les environs d'Œdenbourg (Hongrie). Dans la petite ville de Kapuvar on a constaté trente-trois cas.

Italie. — En Italie est déclaré infecté du choléra le port de Trieste ; sont aussi déclarés suspects tous les ports de l'Adriatique.

Belgique. — En Belgique, le choléra a pris de l'extension dans les environs de Bruges.

Hollande. — Aux Pays-Bas, le choléra diminue sensiblement en Hollande. Dans la dernière huitaine, il y a eu seulement douze morts.

France. — On écrit de Marseille que les patentes pour la provenance de ce port sont ainsi libellées désormais : L'état sanitaire est actuellement satisfaisant. L'épidémie cholérique doit être considérée comme terminée depuis le 10 octobre. Il ne se produit plus que des cas rares et de plus en plus espacés. — On signale une certaine recrudescence du choléra dans le Pas-de-Calais. A Etaples, il y a eu neuf cas nouveaux et deux décès ; à Courteville, un décès ; à Calais, deux cas suivis de mort ; aux Baraques, un cas nouveau ; à Boulogne, un cas nouveau ; à Arras, cinq cas. Une ambulance va être établie près d'Etaples.

La défense contre la lèpre aux Etats-Unis. — Le Conseil d'hygiène de Philadelphie ayant découvert tout récemment dans cette ville une femme lépreuse, l'a fait interner dans un pavillon isolé du Municipal Hospital où se trouvaient déjà deux autres lépreux, un Chinois et un Japonais.

La variole a Tanger — Comme une épidémie de petite vérole sévit à Tanger, aucun voyageur venant de cette ville ne sera admis à Gibraltar, s'il ne produit un certificat attestant qu'il n'a pas demeuré dans une maison infectée ni dans le voisinage d'une maison infectee par cette maladie.

Les Beautés du Monopole. — Il existe à Paris une maison d'editions, la maison Gauthiers-Villars et Cie, pour l'appeler par son nom, qui est seule chargée de la publication des comptes rendus de l'Académie des sciences. Elle a eu l'ingénieuse idée, pour forcer les auteurs des notes insérées aux comptes rendus à faire faire des tirages à part d'un prix assez élevé, de supprimer complètement la *vente au numéro* des compte rendus. Si bien que pour se procurer le texte d'une communnication à l'Institut, un auteur est obligé de prendre un abonnement d'un an (ci : 20 fr.) ou de commander un certain nombre de tirages à part qui coûtent presque aussi chers. *Ab uno disce omnes.*

Policlinique de Paris. — M. le Dr A. Olivier, ancien interne de la Maternité de Paris, commencera le mardi 6 décembre, à 5 heures, *un cours complet d'accouchements,* préparatoire aux examens de sage-femme. On s'inscrit dès maintenant à la Policlinique de Pars, 28 rue Mazarine.

Nomination. — M. Levadour fils, dentiste de la Préfecture de police et de la maison de Nanterre, est nommé dentiste expert des tribunaux.

Sanatorium de Giens. — L'inauguration de l'hopital de Giens (Var), destiné aux petits rachitiques, a eu lieu cette semaine, en présence de toutes les sommités médicales de Paris et de Lyon, des préfets et des sous-préfets du Rhône et du Var, des maires de Lyon et d'Hyères, de M. Monod, directeur de l'Assistance publique, représentant le ministre de l'intérieur. Après la visite de l'etablissement, un banquet a réuni les autorités et les invités, au nombre de cent dix convives. Des discours y ont été prononcés par M. de Sabran, M. Monod, le préfet du Rhône et le préfet du Var. Puis les enfauts traités à l'hopital ont chanté un chœur patriotique qui a été vivement applaudi.

Société de secours mutuels des médecins de la Seine. — *Legs Boyer.* — Par décret en date du 30 septembre 1892, rendu sur le rapport du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, la commission générale de la Société de secours mutuels des médecins du département de la Seine, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 16 mars 1851, est autorisé à accepter le legs d'une somme de mille francs fait à cette Association par le sieur Boyer (Lucien-Alphonse-Hilarion) suivant son testament olographe du 18 juin 1888. Le produit de cette libéralité sera placé, conformément à l'article 19 des statuts, en rente sur l'Etat. Le titre sera immatriculé au nom de la Société.

Union médicale des Femmes de France. — L'ouverture des cours de l'Union des Femmes de France a eu lieu mercredi dernier, 16 novembre, à quatre heures du soir, au siège de la Société, 29, Chaussée-d'Antin. La conférence a été faite par M. le Dr Schneider, médecin-major de 1re classe, attaché à la direction du service de santé au Ministère de la Guerre, commissaire militaire de l'Union des Femmes de France. L'Union des Femmes de France a commencé ses cours dans le XIVe arrondissement, 84, boulevard Arago, le lundi 14 novembre et les continuera tous les lundis, à quatre heures du soir ; ceux dans les Ier, IIe, IIIe, IVe, Ve, VIe, VIIIe, IXe, Xe, XIe, XIIe, XVIe et XVIIe arrondissements ouvriront la deuxième semaine de janvier.

Nécrologie. — *Erratum.* — Les agences d'information ont induit la presse en erreur, en annonçant que M. le Dr Queirel avait été écrasé entre deux trains dans la gare de Marseille. L'agence Dalziel a fait aussi annoncer que c'était le Dr Heckel qui avait été victime de cet accident. Nouveau roman. Voici la vérité : Samedi, il y a quinze jours, le Dr Heckel est tombé sur le trottoir de l'avenue de la Gare, à Marseille, et s'est fait une légère foulure. Il n'y a là rien de bien tragique et le chemin de fer n'y est pour rien.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchement.* — Enseignement obstétrical, clinique et théorique (1892-93).

Enseignement clinique : M. le Dr P. Budin, chef de service, tous les jours à 9 heures. — Mardi, jeudi, samedi : Lecture des observations et interrogatoire des élèves. — Jeudi à 10 heures 1/2 : Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Les élèves seront dirigés dans la pratique des accouchements par des moniteurs.

Enseignement théorique et manœuvres opératoires : M. le Dr Bonnaire, accoucheur des hôpitaux. Leçons : Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir. — Ouverture du cours de M. le Dr Bonnaire, le mardi 18 octobre, à 5 heures du soir. — Conférences par M. le Dr Legry, chef de laboratoire du service. Chaque période d'enseignement complet durera deux mois et demi environ.

Hospice de Bicêtre. — *Samedi.* Visite du service de M. Bourneville.

Hopital du Midi. — M. le Dr Balzer, medecin de l'hôpital du Midi, commencera ses conférences théoriques et pratiques sur les maladies vénériennes le jeudi 17 novembre, à 9 h. 1/2, dans son service, et les continuera les jeudis suivants, a la même heure.

Enseignement clinique de l'hôpital St Antoine. — L'enseignement clinique, organisé l'année dernière par les médecins de l'hopital St Antoine, recommencera le mardi 15 novembre. Les leçons auront lieu à l'amphithéatre à 10 h. 1/2 et seront faites dans l'ordre suivant pendant le semestre d'hiver : Mardi, M. Crissaud : *Clinique médicale.* — Mercredi, M. Blum : *Clinique chirurgicale.* — Jeudi, M. Hanot : *Clinique médicale.* — Samedi, M. Letulle : *Clinique médicale.* Les leçons cliniques du semestre d'été seront faites par MM. Monod, Gingeot, Tapret, Merklen et Ballet.

Hopital Trousseau. — *Maladies des Enfants.* — M. le Dr Legroux, professeur agrégé, médecin de l'Hopital Trousseau, reprendra, dans cet hôpital, ses conférences cliniques le mercredi 16 novembre, à 3 heures et demie et les continuera le mercredi de chaque semaine, à la même heure, pendant l'annee scolaire 1892-1893. Visites, le matin : salles Barrier et Blache, à 9 heures. — Consultations : les lundis et jeudis, à 10 heures.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 48. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 26 NOVEMBRE 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Leçons sur les Aortites (*fin*) (1);

par **Henri HUCHARD**, médecin de l'Hôpital Bichat.

II. — Aortite chronique (2).

3e Leçon.

Symptômes. — Ils ne sont que la répétition, à un degré plus accentué, de ceux de l'aortite aiguë ou subaiguë, et c'est même ce qui explique l'erreur de ceux qui refusent à cette dernière une individualité propre.

La dilatation de l'aorte est plus considérable, au point que la matité transversale de la région peut atteindre 7 à 9 centimètres; il en résulte que l'élévation anormale de la sous-clavière est plus facile à constater. Sous l'influence de cette dilatation, on constate l'existence, au niveau du deuxième espace intercostal droit, d'un retentissement diastolique à timbre métallique, tympanique ou clangoreux (bien différent du simple retentissement en coup de marteau qui indique seulement une hypertension artérielle); le premier bruit a un timbre parcheminé et parfois soufflant, et souvent on constate l'existence d'un double bruit de souffle, systolique et diastolique. Ce double bruit se produit dans deux conditions différentes. Il est dû :

1° A la lésion concomitante des valvules semi-lunaires (rétrécissement et insuffisance aortique d'origine organique);

2° A la dilatation de l'orifice aortique consécutive à celle du vaisseau (Insuffisance aortique relative). Mais, dans ces cas — et sans qu'on puisse l'attribuer à l'état anémique du sujet, ou à un rétrécissement aortique qui n'existe pas, ou encore à la présence de rugosités artérielles — le souffle systolique de l'aorte n'en existe pas moins. Il faut alors en expliquer la production par la présence d'une vaste dilatation aortique qui constitue pour l'orifice et par rapport à lui un rétrécissement relatif.

Les artères, en général, et surtout les artères du cou sont très saillantes, dures au toucher et bondissantes. Le pouls est ordinairement dur, vibrant, et le tracé sphygmographique présente les caractères du pouls *sénile* avec sa ligne d'ascension verticale suivie d'un plateau horizontal et d'une ligne de descente très oblique avec tendance à la diminution du dicrotisme. D'après Stokes, les artères présentent aussi un caractère « de reptation particulier » consistant, au moment de leur diastole, dans des mouvements et des déplacements latéraux qui trouvent leur explication dans l'allongement que subissent d'ordinaire les vaisseaux athéromateux.

Enfin, comme dans l'aortite aiguë, il y a de la dyspnée d'effort, de la dyspnée douloureuse, des crises angineuses qui peuvent faire défaut lorsque la lésion n'intéresse pas l'ouverture des artères coronaires.

Une complication à redouter résulte de l'embolie possible dans divers organes (cerveau, poumons, reins, rate, membres inférieurs. Lorsque l'embolie oblitère les vaisseaux artériels des membres inférieurs, il en résulte parfois une gangrène des extrémités, laquelle peut avoir une cause thrombosique par suite de l'arterite. Cette complication est heureusement assez rare.

Mais, une complication très fréquente est relative à l'existence de l'hypertrophie cardiaque et de tous les symptômes de la cardio-sclérose que je vous ai décrits, et sur lesquels je n'ai plus à revenir.

Dans l'artério-sclérose et l'aortite chronique, j'ai souvent observé l'existence concomitante de l'emphysème pulmonaire et de la dilatation des bronches. Celle-ci même a des caractères particuliers : elle est presque généralisée et se traduit, plus souvent que les autres ectasies bronchiques, par des hémoptysies parfois abondantes, et il est même permis de se demander si les lésions vasculaires constatées par Hanot et Gilbert (1), dans les parois des bronches dilatées, ne sont pas surtout spéciales aux artério-scléreux. Cette *forme hémoptoïque* de la dilatation bronchique chez les artério-scléreux et les malades atteints d'aortite chronique est très intéressante à connaître et à distinguer de la phthisie pulmonaire dont les exemples ne sont pas rares dans ces maladies, ainsi que vous le verrez plus loin.

Mais, ce serait une erreur de croire que l'aortite chronique se présente toujours avec ces caractères cliniques et ces menaces de complications.

Il vous arrivera souvent de constater chez certains malades de grosses lésions aortiques, avec dilatation plus ou moins considérable du vaisseau, souffle systolique et diastolique de la base, et cela en l'absence de tout symptôme ou trouble fonctionnel : il n'y a pas ou peu de dyspnée, pas de symptômes douloureux, le facies même au lieu d'être pâle comme dans la plupart des affections aortiques est plutôt rouge et coloré, et souvent les bruits anormaux que l'on entend à la base du cœur sont une surprise de l'auscultation. C'est là une forme *latente* de la maladie sur laquelle les divers auteurs n'ont pas suffisamment insisté. Cette période silencieuse peut durer pendant des années entières jusqu'au jour où la compensation est rompue par suite de la participation du cœur aux lésions scléro-athéromateuses.

Etiologie. — Elle est également celle de l'aortite aiguë et de l'artério-sclérose : *goutte, alcoolisme, saturnisme, alimentation vicieuse, sénilité, tabagisme, syphilis, exercices musculaires prolongés, etc.* Cette dernière cause est très discutable, ainsi que les professions exposant à l'inspiration d'air chaud, d'où la fréquence de l'artério-sclérose et de l'aortite chronique chez les chauffeurs, les cuisiniers et boulangers. Les auteurs allemands, et Beneke en particulier, pour qui la mode consiste à ne pas croire à l'influence ni même à l'existence des états diathésiques, préfèrent placer des causes bien plus contestables, l'obésité et la lithiase biliaire parmi les causes de ces maladies. Je n'ai pas besoin de vous dire combien cette opinion est erronée. Car, si les obèses et les lithiasiques sont exposés aux dégénérescences artérielles, c'est seulement à la faveur de la *diathèse arthritique*.

La *syphilis* mérite une mention spéciale, et je suis convaincu, pour ma part, qu'un grand nombre d'aortites chroniques avec dilatation du vaisseau se sont développées sous cette influence.

Enfin, voici encore un fait qui paraît encore avoir échappé à l'attention des observateurs : on rencontre souvent des malades atteints d'aortite chronique avec rétrécissement et insuffisance aortique et chez lesquels il est impossible de trouver la cause. Ces malades ne sont ni goutteux, ni syphilitiques, ni tabagiques, ni alcooliques, etc., et l'on ne peut dater leur affection artérielle d'aucune maladie infectieuse. Il est vrai que, le plus souvent, les erreurs d'alimentation donnent la clef de l'étiologie; mais d'autres fois celle-ci

(1) Extrait de la 2e édition des *Leçons de clinique et thérapeutique sur les maladies du cœur et des vaisseaux* (Paris, octobre 1892, Doin, éditeur).

(2) Voir *Progrès Médical*, nos 37, 39, 41, 42, 43, 44.

(1) A. Gilbert et Hanot. Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la dilatation des bronches. De l'état des vaisseaux dans les parois des bronches dilatées. (*Arch. de physiologie*, 1884).

reste inconnue. Il y a donc de ce côté quelques recherches intéressantes à faire.

Quelques auteurs ont admis — sans doute théoriquement — que l'aortite pouvait être assez souvent le résultat de la propagation des inflammations voisines, de l'endocarde, du péricarde, de la plèvre ou du poumon. La thèse de Léger renferme deux ou trois exemples d'endocardites rhumatismales propagées à la tunique interne de l'aorte. La chose est possible, probable même, puisqu'on en cite quelques observations ; mais je crois ces faits extrêmement rares. L'endocardite affecte souvent les valvules sigmoïdes de l'aorte, cela ne fait aucun doute, mais le plus souvent l'inflammation s'éteint au niveau de l'endartère, et l'aorte est presque toujours respectée. Sans nier absolument ces propagations inflammatoires, je les crois exceptionnelles surtout dans le cours des péricardites, des pleurésies et des affections pulmonaires ; il s'agit plutôt, dans ces cas, de *péri-aortite* que d'endo-aortite, et il est plus juste de dire que le travail plegmasique de l'aorte peut se propager de celle-ci aux tissus voisins, au péricarde (ce qui est presque la règle), parfois à la plèvre, et presque jamais au poumon.

On lit dans les cliniques de Jaccoud un exemple d'aortite ascendante « développée à la suite d'une tuberculisation en masse du lobe supérieur du poumon droit. » Est-ce l'aortite qui s'est développée à la suite de la tuberculisation, ou au contraire la tuberculisation à la suite de l'aortite ? Je penche plutôt vers la seconde opinion, et à ce sujet il n'est pas inutile de rapporter un peu longuement les faits que j'ai observés.

Le premier malade est un homme de cinquante-deux ans, entré le 25 mars 1885 à l'hôpital Bichat (salle Andral, n° 26). Alcoolique, atteint de variole, il y a sept ans, sujet à des bronchites répétées depuis plusieurs années, il avait été pris, en revenant de son travail, il y a six semaines, de frissons multiples avec fièvre accusée, surtout vers le soir. Dès les premiers jours, son médecin avait constaté les signes d'une bronchite généralisée, qu'il rattachait alors à la grippe. Mais, dès les premiers jours aussi, la dyspnée était remarquable par sa grande intensité, peu en rapport avec la légèreté des signes stéthoscopiques ; la fièvre était vive (39°, 8), et après une semaine, quoique les phénomènes thoraciques eussent paru s'amender, le malade n'allait pas mieux ; il se plaignit pour la première fois de douleurs vagues dans la poitrine, et il présenta un commencement d'œdème péri-malléolaire. A ce moment, l'auscultation du cœur et de l'aorte n'aurait rien fait constater d'anormal, et il n'y avait pas d'albumine dans les urines.

C'est dans cet état que le malade entra dans nos salles.

Bientôt l'œdème envahit les jambes, les cuisses, le scrotum et les parois abdominales, toujours sans la moindre trace d'albumine. L'auscultation du poumon me permit de reconnaître l'existence de râles sonores et sous-crépitants, disséminés dans toute la poitrine, ces derniers étant plus marqués à la base droite, où existait en outre un léger épanchement pleural. La matité cardiaque était augmentée dans les diamètres transversal et vertical, puisque la pointe battait au-dessous et en dehors du mamelon vers le sixième espace intercostal, et que la matité dépassait le bord droit du sternum. A l'auscultation, on entendait un souffle systolique à la pointe au-devant du sternum, et vers sa partie moyenne un bruit rude de va-et-vient symptomatique d'une péricardite sèche ; enfin, à la base, au niveau du troisième espace intercostal droit, un souffle diastolique léger, doux et aspiratif. Les battements violents des artères cervicales contrastaient avec les ondulations des veines jugulaires distendues et animées d'un pouls veineux. De plus, le pouls radial était dur, tendu, cordé, il était régulier, et toutes les artères étaient le siège d'un athérome assez prononcé. La dyspnée était intense, le facies pâle et cyanosé ; le malade se plaignit de temps à autre d'une sensation douloureuse de barre transversale reliant les deux mamelons avec propagation dans la région de l'hypochondre droit, et à plusieurs reprises il eut des crises douloureuses et angoissantes avec irradiations brachiales, ressemblant ainsi à des crises angineuses.

En présence de ces accidents divers, mon embarras fut grand tout d'abord ; cependant, j'étais sûr de ne pas me tromper en disant que ce malade avait de la bronchite généralisée avec congestion pulmonaire et léger épanchement pleurétique du côté droit ; qu'il était atteint de péricardite sèche avec insuffisance mitrale fonctionnelle, et inocclusion légère de l'orifice aortique. J'ajoutais même, dès les premiers jours, qu'il présentait quelques symptômes dus au développement d'une aortite subaiguë, et qu'il avait certainement une insuffisance du myocarde par lésion probable du muscle cardiaque. Ce dernier diagnostic s'imposait d'autant plus que le malade présentait de l'œdème des membres inférieurs, et que l'athérome artériel dont il était atteint avait été l'occasion d'une poussée inflammatoire du côté de l'aorte et du cœur.

Rien de plus simple en apparence ; mais tel qu'il était formulé, le diagnostic était encore incomplet.

Les jours suivants, il devient impossible de sentir le choc précordial, les bruits de frottement et les souffles cardiaques disparaissent en partie, la voussure précordiale s'accuse, la matité du cœur augmente, ses bruits prennent un caractère sourd et comme éloigné de l'oreille, le premier étant à peine appréciable. Bref, on constatait tous les signes d'une péricardite avec épanchement. Sous l'influence d'une dose de 0,40 centigrammes de macération de feuilles de digitale, les urines qui atteignaient à peine le chiffre de 300 à 400 grammes par jour montent rapidement à 4 litres. Alors, l'épanchement péricardique disparait en quelques jours, et en même temps réapparaissent les souffles et le frottement péricardique. Les œdèmes de l'abdomen et des membres inférieurs diminuent considérablement ; seul, l'épanchement pleural reste stationnaire et ne rétrocède pas ; et quoique les battements du cœur eussent acquis une énergie nouvelle sous l'influence de la médication, quoique les symtômes cardio-aortiques fussent beaucoup moins accusés, et que la fièvre eût presque cédé, la dyspnée et la cyanose persistaient avec la même intensité.

L'auscultation attentive du poumon allait nous donner la clef de cette symptomatologie tumultueuse et obscure. Je constatai, le 5 avril, onze jours après l'entrée du malade à l'hôpital, une légère submatité sous la clavicule droite, correspondant avec un foyer de râles sous-crépitants fins.

S'agissait-il d'une de ces congestions pulmonaires rapides et aiguës dans leur évolution qui, se montrant le plus souvent à droite, au même titre que certains épanchements pleuraux (1), surviennent souvent dans le cours des myocardites ou des scléroses du cœur, comme je l'ai démontré depuis longtemps ; ou s'agissait-il, au contraire, d'une tuberculose rapide, dont l'épanchement pleurétique était une des manifestations ? En acceptant cette dernière interprétation, basée du reste sur les antécédents pathologiques du malade et sur un amaigrissement progressif qu'il nous accusait, je comprenais pourquoi les œdèmes et les hydropisies d'origine *cardiaque* avaient promptement cédé à la digitale, tandis que l'épanchement pleurétique lui avait complètement résisté, parce qu'il était d'origine *tuberculeuse*.

Ce seul fait thérapeutique m'a permis de formuler un diagnostic dont la précision a été vérifiée par l'autopsie. J'éloignai d'abord l'idée d'une congestion pulmonaire d'origine myocardique, parce que les symptômes du côté des bronches et des poumons avaient précédé ceux du cœur et de l'aorte. Je fis alors le raisonnement suivant :

Voici des œdèmes et des hydropisies (œdème des

(1) A ce sujet, je dois faire remarquer que dans les cardiopathies artérielles (aortites, artério-scléroses du cœur ou myocardites scléreuses), les épanchements pleuraux s'observent de préférence à *droite*. — Dans ces mêmes affections, on constate aussi, d'une façon temporaire ou permanente, la petitesse du pouls *gauche*.

membres et des parois abdominales, ascite, péricardite avec épanchement), qui cèdent à la digitale ; donc, elles étaient sous la dépendance du cœur, et nullement d'origine tuberculeuse. L'épanchement pleural a été rebelle à l'action digitalique ; donc, il devait être plutôt produit par la tuberculisation pleuro-pulmonaire. De sorte que le diagnostic a pu être ainsi formulé :

Aortite subaiguë avec cardio-sclérose et péricardite ; œdème des membres inférieurs, épanchements de l'abdomen et du péricarde d'origine cardiaque. Tuberculose pulmonaire et épanchement pleural d'origine tuberculeuse.

Avez-vous vu un exemple plus frappant de la réalisation de cette adage hippocratique si souvent répété et toujours vrai : *Naturam morborum ostendunt curationes ?* En tous cas, retenez les termes de ce diagnostic, et vous verrez, d'après le résumé de l'autopsie qui le confirme absolument, qu'en clinique tout doit concourir à sa précision, et que c'est une erreur grave ou un oubli regrettable, de ne pas tenir compte, pour l'établir, des données de la thérapeutique.

Bientôt, chez notre malade, les accidents prennent une allure de plus en plus grave, le myocarde s'affaiblit, les souffles cardiaques s'atténuent, le frottement péricardique s'accuse à nouveau, l'œdème des membres inférieurs reparaît et monte jusqu'à l'abdomen, le pouls perd sa force et sa régularité ; en même temps les symptômes pulmonaires augmentent d'intensité, l'épanchement pleurétique se maintient, les poumons sont le siège de râles nombreux, sonores et sous-crépitants ; aux deux sommets je constate une matité des plus manifestes, de la résonnance de la voix, de gros râles muqueux ressemblant à des craquements humides et quelques bruits cavernuleux. Dans les derniers jours, la cyanose et l'asphyxie font des progrès rapides, les mains sont violacées, les lèvres cyanosées, l'oppression extrême ; le pouls, très fréquent depuis le commencement de la maladie (tachycardie due à la sclérose myocardique), devient incomptable et insensible ; puis le malade s'éteint le 16 avril, moitié asphyxiant, moitié asystolique.

A l'autopsie, voici ce que l'on constate :

Les deux poumons sont criblés de tubercules, plus à droite qu'à gauche, ils sont le siège d'une congestion intense et d'une véritable broncho-pneumonie qui laisse le tissu pulmonaire tomber au fond de l'eau. Les deux sommets présentent des tubercules agminés, ayant subi la transformation caséeuse, et celui du côté droit est creusé de cavernules. La surface pleurale est couverte de nombreuses granulations, et l'épanchement de la plèvre droite équivaut environ à un litre.

A l'appareil circulatoire, les lésions ne sont pas moins importantes : péricarde épaissi, comme lardacé, criant sous le scalpel et renfermant une petite quantité de liquide sanguinolent et rougeâtre. Sur le feuillet viscéral, nombreuses aspérités qui lui donnent l'aspect d'une langue de chat ; elles sont formées par de fausses membranes molles, très épaisses et rougeâtres, qui recouvrent toute la surface du cœur en avant et en arrière ; quelques-unes ont une teinte ecchymotique. Il est difficile de reconnaître, au milieu d'elles, la présence des tubercules qui, en tout cas, sont certainement beaucoup moins abondants que sur les plèvres. — Le muscle cardiaque est mou, flasque, de coloration jaune feuille morte, et, quoiqu'il n'ait pas été examiné au microscope, il est bien certain qu'il est très altéré.

L'aorte ne présente pas des altérations moindres : toute la surface interne de la crosse est mamelonnée, épaissie, pavée de plaques athéromateuses dures et anciennes, et de plaques molles opalescentes, gélatiniformes épaisses, plus récentes et beaucoup plus étendues que les précédentes. L'altération s'arrête au niveau des valvules sigmoïdes de l'aorte dont l'intégrité contraste avec les lésions des parties voisines. L'aorte est notablement dilatée, ce qui explique l'inocclusion de son orifice et le souffle diastolique entendu pendant la vie. Les artères coronaires présentent une ouverture normale et sont peu altérées dans leur parcours ; cependant les orifices de presque toutes les collatérales sont très notablement rétrécis, quelques-uns complètement oblitérés par des plaques d'endartérite récente limitées exactement à leur pourtour.

Les lésions ne sont pas limitées à la crosse aortique, mais c'est là qu'elles sont le plus accentuées. Dans l'aorte thoracique et abdominale, on voit en certains points des plaques d'athérome dures et presque osseuses, contrastant avec les plaques gélatiniformes d'origine récente qui sont en majorité à la hauteur de la crosse aortique.

Tous les organes contenus dans le médiastin ont contracté de nombreuses adhérences entre eux, et l'aorte thoracique est difficilement séparée des organes voisins.

La rate est grosse et diffluente. Le foie volumineux, pesant 2,500 grammes, est le siège d'une véritable cirrhose graisseuse dans laquelle se voient une infinité de petits nodules très durs analogues aux très fines granulations tuberculeuses du foie, remarquables par leur petitesse, comme c'est la règle pour cet organe. Les reins sont volumineux et congestionnés, ils présentent aussi quelques granulations tuberculeuses, celles-ci font défaut dans le péritoine et les méninges cérébrales.

Cette observation présente un grand intérêt, non seulement au point de vue clinique, mais encore sous le rapport de la pathogénie. A ce point de vue, on doit poser trois questions :

1° S'agit-il ici de deux maladies distinctes — l'aortite et la tuberculose — évoluant simultanément et se rencontrant par hasard chez le même individu ?

2° Ces deux maladies ont-elles des relations de cause à effet ?

3° S'il en est ainsi, est-ce la tuberculose qui a causé l'aortite ; ou l'aortite, la tuberculose ?

La première interprétation est au moins discutable, la science possédant déjà quelques exemples où les deux maladies ont évolué en même temps, et il ne faudrait pas voir toujours dans ces cas de simples et fortuites coïncidences.

Si au contraire on admet une corrélation pathogénique entre les deux affections, on peut soutenir que la granulie a pu agir sur le système artériel et sur l'aorte, au même titre qu'une maladie infectieuse, une variole ou une dothiénentérie, par exemple. Cette opinion est très soutenable. Mais, dans l'espèce, il est certain que les lésions artérielles, caractérisées par l'aortite chronique et par l'athérome, ont de longtemps précédé chez notre malade l'évolution tuberculeuse, qui a été rapide et galopante. Du reste, je m'appuie, pour soutenir cette dernière opinion, sur les relations existant entre la tuberculose et une autre affection de la crosse de l'aorte, l'anévrisme, qui, depuis Stokes, a été regardé comme une cause relativement fréquente de la tuberculisation pulmonaire. Ce profond clinicien a si bien exposé toutes les faces du problème, que je tiens à citer le passage tout entier :

« La complication la plus fréquente de l'anévrisme aortique est la tuberculisation ; dans ce cas, la phtisie a souvent des symptômes équivoques, irréguliers, et sa marche est lentement progressive. On comprend qu'il doive en être ainsi, en raison de l'âge auquel l'anévrisme est le plus commun. La coexistence des deux maladies est plus fréquente qu'on ne le pense en général, et la mort est quelquefois le résultat de la phthisie ; le malade succombe sans qu'il y ait eu rupture du sac. Lorsque ces deux affections se combinent, je pense que c'est la lésion artérielle qui s'est montrée la première. Souvent il m'a semblé que certains anévrismes mériteraient le nom d'anévrismes *consomptifs* ou *strumeux*.»

Dans un autre passage de son livre, Stokes établit « les rapports entre la diathèse athéromateuse et la diathèse tuberculeuse » ; et à propos de l'insuffisance aortique, après en avoir nettement distingué deux formes, l'une

consécutive à la « cardite ou à l'endocardite rhumatismale, l'autre au développement de l'athérome », il s'exprime encore en ces termes :

« Il existe souvent, dans cette dernière forme, une disposition morbide générale qu'il est difficile de définir exactement. C'est un état ressemblant assez à celui qui favorise la déposition de matières graisseuses athéromateuses, et probablement aussi de productions tuberculeuses, un état d'hématose incomplète, survenant fréquemment à la suite d'excès ou d'une fatigue excessive, et s'accompagnant de l'affaiblissement du système nerveux. On est forcé d'admettre les rapports qui relient la diathèse athéromateuse à celle qui produit les dépôts de graisse et de matière tuberculeuse, malgré les conclusions différentes d'Andral, Lobstein et Gluge. »

Insistant ensuite sur « l'affaiblissement de la vitalité » dans l'insuffisance aortique, il décrit le caractère des inflammations locales siégeant dans des organes autres que le cœur (pneumonies, bronchites), et qui sont remarquables par leur état d'asthénie, par leur marche serpigineuse, par leur résistance aux traitements locaux, et par l'inhabileté de l'organisme à supporter une action déprimante. Puis, comme s'il avait voulu ne rien omettre dans l'exposition de cette question, il rapporte encore l'observation d'un malade chez lequel on put constater, après la mort, l'existence d'une vaste dilatation aortique méconnue pendant la vie, alors qu'on avait fait seulement le diagnostic d'une phtisie pulmonaire révélée à l'autopsie.

Depuis Stokes, un assez grand nombre d'auteurs ont insisté sur les rapports des anévrismes aortiques avec la tuberculisation pulmonaire (1). Mais je n'ai trouvé encore nulle part un fait semblable à celui que je viens de rapporter, et qui a montré, chez le même sujet, la coexistence d'une aortite subaiguë sans grande dilatation du vaisseau, et d'une phtisie du poumon. Dans ce cas, il n'est pas possible d'invoquer l'influence d'une compression sur l'artère pulmonaire, assez accusée pour en produire le rétrécissement, cause fréquente de tuberculisation, comme on le sait ; il n'est pas logique, non plus, d'admettre une inflammation consécutive des nerfs pneumogastriques, car celle-ci peut bien produire des congestions pulmonaires, mais on ne lui a pas reconnu jusqu'ici d'action phthisiogène directe. Il faut donc penser avec Stokes que, « le même état général détermine simultanément, et les dépôts tuberculeux dans les poumons, et les altérations des tuniques de l'aorte. »

Voici encore d'autres observations remarquables par la coexistence de l'athérome avec la tuberculose :

Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans, entré à l'hôpital Tenon le 25 janvier 1881. Je n'ai trouvé chez lui aucun antécédent héréditaire ou pathologique ayant pu avoir une influence sur le développement d'une tuberculose pulmonaire. Il tousse depuis plusieurs mois, il est très amaigri, et il a une fièvre presque continue. Je constate au sommet droit tous les signes d'une tuberculose pulmonaire à la troisième période (râles cavernuleux au sommet), avec râles sous crépitants très nombreux siégeant dans les deux tiers inférieurs du même poumon. Mais, ce qui me frappe le plus, c'est l'existence d'un athérome artériel généralisé considérable, tel que j'en ai rarement rencontré. Toutes les artères sont aussi dures et aussi résistantes que des tuyaux de pipe, elles forment partout une saillie très accentuée, favorisée encore par l'état d'émaciation du malade. Il était difficile de bien distinguer, au-dessous de la clavicule droite, la matité qui appartenait à la fois à l'aorte et à la lésion pulmonaire: mais j'avais constaté le contraste frappant entre l'extrême faiblesse des bruits du cœur et le retentissement diastolique clangoreux et métallique de l'aorte au niveau de la partie interne du deuxième espace intercostal droit. Je concluais à l'existence d'une dilatation de l'aorte, ayant pu, par la compression de l'artère pulmonaire, favoriser l'éclosion des tubercules.

Mon diagnostic s'est confirmé absolument à l'autopsie, sauf pour ce qui concernait la compression de l'artère pulmonaire ; la dilatation de l'aorte était évidente, mais elle n'était pas de nature à comprimer ce dernier vaisseau. La tuberculose dont était atteint ce malade devait s'expliquer autrement, et je suis convaincu qu'elle avait été favorisée par l'état d'hypotrophie nutritive de tous les organes et aussi du poumon, hypotrophie résultant du rétrécissement athéromateux des artères et de l'insuffisance consécutive de l'irrigation sanguine dans les organes. Chez les prédisposés, l'artério-sclérose et l'athérome artériel préparent donc le terrain pour l'évolution bacillaire, et c'est ainsi que l'on peut sans doute expliquer la fréquence relative de la « phtisie de la cinquantaine », surtout chez les femmes prédisposées au développement de l'artério-sclérose vers le moment de la ménopause.

Quelle est la conclusion pratique à tirer de ces idées théoriques ? C'est que la *phtisie des artério-scléreux et des athéromateux* relève, mieux que toutes les autres, de la médication iodurée, et vous m'avez toujours vu l'employer, surtout dans ces cas, avec quelque succès. Cette phtisie des artério-scléreux s'accompagne souvent d'emphysème, de dilatation bronchique ; elle se complique encore de gangrène des extrémités bronchiques et même de gangrène du tissu pulmonaire ; enfin elle se traduit encore par des hémoptysies parfois abondantes. Quoiqu'elle affecte parfois la forme fibreuse, c'est-à-dire la forme curable, elle est quelquefois remarquable par son évolution rapide. On voit donc qu'il n'est pas absolument juste d'affirmer, comme on l'a dit, « que la meilleure manière de guérir un phtisique, ce serait de le rendre scléreux. »

En résumé, il existe un rapport réel entre les affections de l'aorte, l'artério-slérose et la tuberculose.

Dans une première catégorie de faits, la dilatation du vaisseau est absente, ou si elle existe, elle n'est pas assez accusée pour déterminer une compression de l'artère pulmonaire. Il est donc juste d'admettre, avec Stokes, qu'aortite et tuberculose procèdent « d'un même état général. »

Dans une seconde classe de faits, l'artério-sclérose crée, surtout chez les prédisposés, un état d'opportunité morbide pour le développement de la tuberculose, en déterminant dans les organes une sorte d'insuffisance nutritive, consécutive à l'insuffisance de l'irrigation sanguine.

D'un autre côté, j'attribue un rôle à l'inflammation des nerfs pneumogastriques qui existe très souvent dans les aortites ; il en résulte la production de congestions pulmonaires fréquentes qui n'ont pas de tendance à se résoudre et qui subissent facilement la dégénération caséeuse, en raison même de cette hypotrophie nutritive et du déficit sanguin.

Enfin, dans d'autres cas, la dilatation et l'anévrisme de l'aorte, par leur siège et par leur volume, sont capables de déterminer la compression de l'artère pulmonaire. Alors, la tuberculose se produit comme s'il s'agissait d'un rétrécissement congénital ou acquis de ce vaisseau, sa pathogénie est la même, la nature et la cause du rétrécissement de l'artère pulmonaire sont seulement différentes.

Traitement. (*Aortite aiguë et chronique*). — Quelles sont les indications thérapeutiques auxquelles l'intervention médicale devra satisfaire pour combattre l'aortite aiguë ? Comme il s'agit d'une maladie inflammatoire, on fera usage des moyens antiphlogistiques et des révulsifs, mais sans en abuser, comme on le fait généralement : émissions sanguines locales, application des sangsues et de ventouses scarifiées ; teinture d'iode, pointes de feu, vésicatoires et cautères.

J'ai expliqué pourquoi la dyspnée est à la fois d'origine

(1) Fuller. *Coexistence du tubercule avec les anévrismes de l'aorte* (*Med. Times*, 1856.) — Hanot (*Archives de médecine*, 1876). — Aubry. Etude sur la pathogenie de la tuberculose compliquant les anévrysmes aortiques. (*Thèse inaugur. de Bordeaux*, 1886). — H. Huchard (*Revue gén. de clin. et thérap*, 1889). — G. Sée (*Acad. de méd* .1889.)

mécanique et toxique, et pourquoi le régime lacté répondant à deux indications à la fois produit des effets remarquables.

La médication spéciale de l'aortite aiguë ou chronique est l'iodure de potassium, auquel je préfère l'iodure de sodium, qui, tout en possédant les propriétés résolutives et fondantes des iodures, n'a pas l'action novice des sels de potassium sur le cœur. On doit prescrire d'emblée une dose quotidienne de 1 à 2 grammes, et arriver à des doses plus considérables (3 à 4 grammes d'iodure de potassium par jour) dans tous les cas où l'on soupçonne une origine syphilitique.

Il faut encore combattre les phénomènes angineux et l'ischémie vasculaire. C'est ici que le nitrite d'amyle rend de grands services en faisant cesser le spasme artériel et en combattant les tendances syncopales; mais je conseille de l'employer avec une grande modération dans l'aortite chronique compliqué d'athérome cérébral.

La morphine peut être utile en atténuant les douleurs et la dyspnée. Vous connaissez l'action de ce médicament sur l'anémie bulbaire et conséquemment sur les mouvements respiratoires auxquels ce centre nerveux préside. Voilà pourquoi je considère depuis longtemps cet alcaloïde comme un excellent « eupnéique » et pourquoi aujourd'hui je n'hésite pas à affirmer que la morphine est pour l'aorte ce que la digitale est pour le cœur. Elle fait disparaitre la douleur, diminue la dyspnée et atténue les dangers de l'anémie cérébrale (1).

Le chloral doit être prescrit avec prudence en raison de son action novice sur le cœur.

Je dois vous parler encore des inhalations de choroforme que Vergely (de Bordeaux) le premier à recommandées contre les symptômes douloureux et dyspnéiques des affections cardio-aortiques. Rosenbach (de Breslau) (2) qui ne cite pas l'auteur français est revenu dernièrement sur cette médication. D'après ces auteurs, l'avantage de ces inhalations réside dans la facilité du dosage, dans la possibilité d'agir avec rapidité sur les crises courtes et répétées, et d'interrompre leur action d'une façon précise. Le chloroforme n'aurait aucun inconvénient à petites doses. On l'emploie dans les crises d'asthme de toute nature, qu'elles dépendent d'une maladie du cœur ou des poumons, qu'il s'agisse d'asthme vrai ou de pseudo-asthme. Le mode d'inhalation consiste à verser de 5 à 15 grammes de chloroforme sur un mouchoir et à en faire respirer les vapeurs. Dès les premières bouffées, les malades éprouvent un grand bien-être qui peut aboutir à un véritable assoupissement.

Pour ma part je ne proscris pas absolument l'emploi des inhalations chloroformiques contre les crises de dyspnée et de douleur si fréquentes dans les affections inflammatoires de l'aorte. Mais on doit les faire à doses petites et répétées, en surveiller l'emploi et ne pas oublier qu'un des grands dangers des inhalations chloroformiques prolongées est l'anémie cérébrale à laquelle sont si souvent exposés les malades atteints d'affections aortiques.

Contre les symptômes nerveux et l'insomnie, je recommande les bromures à la dose de 2 à 4 gr. par jour, le sulfonal par cachets de 1 gr. tous les soirs, ou encore l'uréthane (carbamate d'éthyle) à la dose de 2 à 4 gr. (3).

A la dernière période, quand la phase d'asystolie est ouverte, la digitale rend d'incontestables services contre les complications cardiaques, mais non pas contre l'aortite. Il faut l'employer sous forme de macération ou d'infusion à petites doses (0,10 à 0,15 centigr. par jour pendant deux à quatre jours), ou encore sous forme de digitaline cristallisée (40 à 50 gouttes de la solution au millième pendant un jour et en une seule fois). Je me trouve bien d'associer la poudre de digitale à la jusquiame sous forme de pilules renfermant chacune 5 centigrammes de chaque substance.

Enfin, vous devez encore faire usage de purgatifs et de diurétiques, modificateurs indirects de la circulation, et modérateurs de l'encombrement vasculaire.

Dans une maladie qui a une tendance si marquée aux récidives, l'hygiène a une grande importance: le malade doit craindre les excès d'alimentation, les viandes épicées, boire le plus de lait possible, s'abstenir de thé, café, liqueurs fortes, de tabac ; enfin il doit éviter les émotions, les exercices plus ou moins violents, et les efforts.

Quant au traitement de l'aortite chronique, il peut se résumer ainsi : laitage, iodures et révulsion sur la paroi cardio-aortique. Mais, j'avoue que nous abusons beaucoup de cette révulsion qui me paraît bien inutile dans la plupart des cas, et qui ne produit que des effets très douteux dans un grand nombre de maladies où le processus inflammatoire joue un rôle très effacé.

(1) Huchard. — De la médication opiacée dans l'anémie cérébrale due aux affections du cœur (insuffisance et rétrécissement aortiques.) (*Journal de thérapeutique de Gubler*, 1875-1876). — Guérison rapide des accès d'asthme par l'emploi des injections hypodermiques de morphine, et action eupnéique de la morphine (*Union médicale*, 1878). — Injections hypodermiques de morphine dans les dyspnées (*Société Clinique*, 1878).

(2) Vergely (de Bordeaux). Société médicale des hôpitaux, 1879. — Rosenbach (de Breslau). Action sédative des inhalations de chloroforme dans les maladies du poumon et du cœur (*Intern. klin. Rundschau*, 1889).

(3) Huchard (*Soc. thérap.*, 1886).

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Pr **JACCOUD**.

La spontanéité morbide (1).

Résumé de la Leçon d'ouverture par M. le Dr L.-R. REGNIER, ancien interne des Hôpitaux.

Dès 1882, dans une leçon sur la spontanéité dans les maladies microbiennes, M. Jaccoud concluait déjà que ce qui rend la bactérie infectante, c'est sa provenance, non sa nature, car ses propriétés pathogènes ne sont que des propriétés d'emprunt que les bactéries conservent ensuite dans leurs générations et leurs cultures. Les espèces animales ne font-elles pas de même ? En 1883, il dit de nouveau que, malgré des découvertes récentes, la spontanéité morbide reste debout avec son entière puissance. En 1886, il démontre que pour la tuberculose, l'étiologie conserve toute sa valeur, en présence de la pathogénie microbienne. En 1888, que pour la pneumonie et l'endocardite, à côté du microbe il faut admettre que l'infection ne se produit que grâce à l'affaiblissement de l'organisme donnant la virulence aux microbes qu'il porte en lui. A côté des microbes pathogènes pénétrant dans l'organisme par effraction, il en est d'indifférents produisant chacun plusieurs maladies différentes, suivant les conditions dans lesquelles se trouve l'individu. Dans bon nombre de maladies microbiennes les agents peuvent exister dans les milieux organiques sans être nocifs, ils ne manifestent de propriétés pathogènes spéciales qu'à la suite de perturbations organiques. Donc il y a autogenèse et non pas genèse extérieure de la maladie. Le refroidissement, le traumatisme, les agents somatiques ou cosmiques, voilà les véritables causes qui transforment en actes morbides ces conditions qu'on a cru depuis créées par la présence des microbes dans l'organisme. Mais si la doctrine de la spontanéité morbide a été depuis quelques années couverte d'un épais nuage, cet obscurcissement a résulté de l'application prématurée des nouvelles données de la microbiologie à la pathologie. Dans une phase primitive, en effet, 3 conclusions ont été acceptées qui ne tendaient à rien moins qu'à supprimer l'étiologie ordinaire. Les microbes ont été considérés comme étrangers à l'organisme sain, d'où l'intrusion du microbe est considérée comme cause du mal. On fit cependant encore une légère concession au terrain sur lequel tombait le microbe. En second lieu, les microbes ont été considérés comme reproduisant toujours

(1) Leçon du 12 novembre 1892.

le même type morbide. De telle sorte qu'à un microbe donné correspond une maladie donnée, à unité de cause, unité d'effet. Alors l'étiologie devient idéale. En troisième lieu, les microbes pathogènes ont été considérés comme immuables d'espèce.

C'était affirmer l'immutabilité de la cause à l'effet et dénier à l'organisme tout pouvoir modificateur. Ainsi s'établit la victoire de la nouvelle doctrine sur la vieille doctrine de la spontanéité. Mais des recherches plus approfondies ont rapidement ruiné ce brillant édifice. On a trouvé tout d'abord que les microbes pathogènes n'étaient pas tous étrangers à l'organisme, que bon nombre vivaient habituellement dans certains milieux organiques; donc la maladie n'était plus un accident dû à la pénétration du microbe. Puis on a remarqué qu'à un microbe donné peuvent répondre plusieurs maladies différentes, et qu'en outre la même maladie peut provenir de microbes divers. Enfin on a trouvé que les microbes étaient sujets au polymorphisme, qui est bien près du transformisme. Voilà donc quels sont les vrais rapports de la microbiologie et de l'étiologie et l'importance de la spontanéité morbide. Si certains microbes pathologiques peuvent exister dans l'organisme sain la maladie ne correspond donc pas forcément à leur pénétration.

Puisque d'autre part ces microbes sont compatibles avec la santé, ils ne sont donc pas constamment et par eux-mêmes pathologiques. Ils ne le deviennent qu'éventuellement par suite d'une occasion. Ce sont donc bien les influences somatiques ou cosmiques qui sont la cause des maladies. C'est ce travail tout spontané de l'organisme, qui modifiant l'état des éléments anatomiques, fait passer le microbe de l'état d'inertie à l'état d'activité. L'acte premier c'est le travail anormal de l'organisme. Le microbe n'est que l'instrument. La spontanéité varie avec les individus; chacun répond par son opportunité morbide au même microbe. Par exemple chez des individus frappés de refroidissement, bien qu'il s'agisse du même microbe et cela est possible avec les autochtones pneumocoque, streptocoque, staphylocoque, chaque individu aura une maladie différente, l'un une angine, l'autre une pneumonie, le troisième un abcès ou une endocardite. C'est cette pluralité des manifestations morbides qui enlève aux microbes toute spécificité et affirme l'autogenèse des maladies. L'étiologie fondée sur le tempérament, la constitution, l'hérédité, les causes extérieures, demeure intacte et dominante.

La microbiologie l'a enrichie d'une notion : celle de la transmissibilité possible. Les maladies qui peuvent se développer spontanément peuvent aussi se communiquer aux individus sains par causes extrinsèques : effraction, absorption respiratoire ou digestive, mais ce mode est aussi dominé par la spontanéité morbide car c'est elle seule qui détermine dans le nouveau milieu l'activité ou l'inertie de l'élément pathogène. On a fait aussi quelquefois le parallèle des maladies toxiques et des maladies infectieuses. Pour les unes et les autres le poison n'agit que si l'organisme est disposé temporairement ou héréditairement, sans cela il reste inerte ou ne provoque qu'un effet sans gravité. De même pour les microbes. Ils peuvent laisser une substance infectante mais elle n'agit qu'avec le consentement de l'organisme. En résumé il y a aux maladies deux modes étiologiques : la genèse intérieure, la genèse extérieure par transmission ou hérédité.

Entre ces deux modes de transmission l'observation démontre des différences considérables. Dans l'autogenèse les résultats de la mise en activité des microbes sont variables pour un même microorganisme. Ici nulle spécificité. Quand il y a genèse extérieure, ou bien il n'y a pas d'effet ou bien l'effet est semblable au premier mal provoqué par un microbe semblable, dans la majorité des cas à celui de l'individu dont le microbe provient.

Un exemple fera mieux savoir cette différence. Que sous l'influence du refroidissement le pneumocoque devienne pathogène chez plusieurs individus en même temps, l'un peut avoir une pneumonie, l'autre une pleurésie, le 3e une endocardite, le 4e une méningite. Le microbe pathogène est indifférent, il agit simplement comme phlogogène. Qu'il s'agisse dans un autre cas d'une transmission de malade à malade, le pneumocoque reproduira une pneumonie s'il vient d'un pneumonique ; il n'est plus simplement phlogogène. La pluralité d'action est remplacée par une reproduction de phénomènes homologues. C'est une ébauche de spécificité d'emprunt qui provient du milieu originel — même comme dans les cas de transmission, il faut compter sur les aptitudes individuelles et les capacités modificatrices de l'organisme. Celle-ci est telle que l'organisme peut modifier jusqu'à transformation complète l'action des microbes. Voici deux exemples de ces infections hétérologues : un brick égyptien arrive dans un port anglais avec de la dysenterie ; il provoque une épidémie de typhus exanthématique chez les Anglais de la population qui est en rapport avec le brick alors qu'il n'y a pas un seul cas de cette maladie en ville. Un soldat du Tonkin quitte la colonie en bonne santé, puis il passe environ six semaines dans un foyer cholérique, d'abord sur le navire, puis au lazaret de Poulocondor. Il est pris de dysenterie. Or, pendant son séjour au Tonkin, il avait vécu dans un foyer dysenterique sans jamais contracter cette maladie. La dysentérie dans un foyer cholérique prouve donc la capacité transformatrice de l'organisme. D'ailleurs pourquoi refuser à celui-ci ce qu'on accorde au laboratoire ?

Quelles sont les maladies qui peuvent subir ces transformations ? Pour les connaître, il suffit d'énumérer les microbes qui peuvent devenir éventuellement pathologiques : pneumocoque, staphylocoque, streptocoque, bacterium coli, sans compter les autres espèces moins bien définies qui pullulent dans la peau et les diverses cavités de l'organisme. Il n'est pas un de ces microbes qui ne puisse à la suite d'une modification de l'organisme prendre des propriétés pathogènes. La possibilité de l'autogenèse appartient donc à toutes les maladies infectieuses. Le bacterium coli peut engendrer la fièvre typhoïde, des affections cholériformes et même le choléra qui n'est pas toujours caractérisé par le bacille virgule. La pneumonie, la pleurésie, la bronchite peuvent présenter plusieurs microbes différents. Voilà donc la spécificité qui sombre. Il est faux d'établir une synonymie entre les maladies infectieuses et les maladies spécifiques. Ces dernières ont des caractères incontestables et toujours les mêmes qu'on peut résumer en cinq principaux nettement définis de 1882 à 1888.

1° Extériorité de la cause étrangère à l'organisme sain; 2° Unité de cause pour chaque maladie; 3° Unité de l'effet pour chaque cause; 4° Immutabilité du rapport entre la cause et l'effet subordonné au consentement de l'organisme; 5° Reproduction toujours sous la même espèce. Les maladies microbiennes ne sont donc pas spécifiques, car la vérité est précisément que les maladies spécifiques manquent de la caractéristique microbienne. Tout ce qu'on peut dire, c'est que les causes qui mettent en jeu la spontanéité modifient les éléments anatomiques et par suite les conditions d'existence des microbes. L'auto-infection constitue la majorité des maladies microbiennes. Donc, vaste est le domaine de la spontanéité morbide. Pour les maladies spécifiques, le consentement de l'organisme est encore nécessaire, et c'est

à sa capacité modificatrice qu'on doit les diverses variétés observées. En somme, les deux conditions : capacité modificatrice de l'organisme et spontanéité morbide restent indispensables à la constitution des maladies.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etudes sur l'organisation du Service de santé.

(2e *article*) (1).

III. — Cadre actif et Cadre auxiliaire.

Avec un cadre de médecins déjà insuffisant en temps de paix, comment la 7e Direction pourra-t-elle mettre un médecin-major de l'armée active à la tête de chacune des nombreuses formations sanitaires, mobilisées au début de la guerre, pour en assurer la direction? C'est le secret du plan de mobilisation élaboré par la 7e Direction, de concert avec l'Etat-major général. Mais, sans être initié à ce secret, on peut pourtant se rendre compte des dispositions qui pourront être prises, en s'en tenant uniquement aux considérations précédemment développées et aux données de l'organisation générale des armées, publiées au *Journal Officiel* et au *Bulletin des Lois*.

L'armée active mobilisée se compose de 19 corps d'armée. Chacun d'eux comprend, d'une part, deux divisions d'infanterie, une brigade d'artillerie, une brigade de cavalerie et, d'autre part, différents services, tels que génie, intendance, santé, etc., trop faibles numériquement pour nécessiter l'adjonction d'un médecin.

En dehors des corps d'armée existeront d'autres groupements, tels que les divisions de cavalerie indépendantes, les troupes de montagne ou de forteresse, ainsi que des formations secrètes agissant en dehors et indépendamment des grandes armées. Comme ces formations sont ignorées et que nous ne connaissons pas davantage l'importance des troupes de montagne et de camps retranchés, nous les laisserons forcément en dehors de nos calculs : les conclusions auxquelles nous arriverons seront donc d'autant plus fortes qu'elles seront nécessairement déduites d'estimations au-dessous de la réalité.

Nous admettrons aussi l'hypothèse suivant laquelle l'armée de seconde ligne ne comprendrait également que 19 corps d'armée, avec les mêmes subdivisions que l'armée de première ligne, bien que dans la réalité elle comprenne un plus grand nombre de classes.

Dans les armées et groupes d'armées, les médecins-inspecteurs ont la direction du Service de santé. Chaque corps d'armée a pour directeur un médecin principal de 1re classe, chaque division d'infanterie un médecin principal de 2e classe. Le médecin-chef d'un régiment d'infanterie est major de 1re classe ; celui d'un régiment de cavalerie ou d'un bataillon formant corps est major de 2e classe. Les aides-majors ne peuvent être chefs de service.

Pour éclairer les déductions qui vont suivre, rappelons encore que les médecins-chefs des régiments d'artillerie, génie, pontonniers, des escadrons de train des équipages et des bataillons d'artillerie de forteresse deviennent disponibles au jour d'une mobilisation, par suite du fractionnement de ces différents corps et de leur répartition entre les différentes unités des corps d'armée.

D'autre part, et en dehors des formations régimentaires, chaque corps d'armée mobilisé est pourvu des formations hospitalières suivantes :

1 ambulance de quartier général.
2 ambulances de division d'infanterie.
1 ambulance de brigade de cavalerie.
18 hôpitaux de campagne.

Ces hôpitaux comprennent 100 lits chacun ; deux d'entre eux peuvent être réunis pour constituer un hôpital d'évacuation. 3 trains sanitaires. Enfin, chaque division indépendante de cavalerie est également pourvue d'une ambulance.

En laissant de côté les médecins-inspecteurs qui se trouveront à la tête des armées ou groupe d'armées, ainsi que les aides-majors qui ne peuvent concourir à la direction des services ; en défalquant aussi les médecins-majors chefs de service dans les corps de troupe de l'armée de 1re ligne, on trouve que le cadre actif laisse disponibles 569 titulaires, à quelques unités près, qui pourront remplir les fonctions de directeurs de corps d'armée, de divisions ou des diverses formations hospitalières, savoir :

40 principaux de 1re classe.
44 principaux de 2e classe.
125 majors de 1re classe.
360 majors de 2e classe.

Les 19 corps et 38 divisions exigeront :

19 principaux de 1re classe.
38 principaux de 2e classe.

Il resterait ainsi à la disposition de l'armée de seconde ligne :

21 principaux de 1re classe.
6 principaux de 2e classe.

Mais la nécessité de désigner des principaux comme directeurs des camps retranchés tels que Lille, Verdun, Reims, Toul, etc., etc., et d'en réserver pour les formations secrètes, aura pour résultat presque certain d'absorber tous les titulaires qui paraitraient disponibles dans ces deux grades.

D'autre part, les formations hospitalières de ces mêmes 19 corps de l'armée de 1re ligne, y compris les ambulances des divisions indépendantes de cavalerie, exigeront comme chefs de service un minimum de 323 majors de l'une ou l'autre classe, sur les 485 disponibles.

Ainsi, le cadre actif ne pourrait fournir à l'armée de seconde ligne, comme directeurs et chefs de service, que 6 ou 7 principaux — peut-être — et 162 majors au maximum. Il importe de répéter qu'en établissant ces prévisions optimistes nous omettons volontairement de tenir compte des besoins sanitaires des quelques centaines de mille hommes qui occuperont les camps retranchés, défendront les montagnes ou feront partie de formations secrètes.

Or, l'armée de seconde ligne, que nous supposons de même composition que celle de 1re ligne, exigerait, pour l'organisation de son service sanitaire, que le cadre actif pût lui fournir :

(1) Voir no 16.

19 principaux de 1re classe comme directeurs de corps d'armée.
38 principaux de 2e classe comme directeurs de division.
196 majors de 1re ou 2e classe comme chefs du service régimentaire.
323 majors de 1re ou 2e classe comme chefs des formations hospitalières.

Et le cadre actif, on vient de le voir, ne peut les fournir.

L'*Annuaire militaire* inscrit, il est vrai, au cadre auxiliaire 16 principaux de 1re classe, 23 principaux de 2e classe et environ 100 majors de 1re ou 2e classe ayant servi dans l'armée active. Mais, à de rares exceptions près, les principaux ont passé 60 ans, c'est-à-dire l'âge fixé comme limite à l'activité, même en temps de paix, et 19 d'entre eux, au moins, devront rester sur le territoire pour remplacer, au chef-lieu de chaque région, les 19 directeurs mobilisés avec l'armée de première ligne. Ces chiffres sont d'ailleurs très aléatoires et varient d'un jour à l'autre, car ils s'appliquent à des médecins qui ne restent à la disposition du ministre que pendant les cinq ans qui suivent la mise à la retraite. Supposons-les exacts et fixes : chaque corps de l'armée de seconde ligne pourrait donc être pourvu d'un principal de 2e classe comme directeur, mais il n'en resterait pas de disponible pour la direction dans les 38 divisions.

Mais que le hasard fasse que le chiffre des principaux retraités et à la disposition du ministre reste inférieur à 19, et la 7e Direction se trouvera dans la nécessité de placer un médecin-major de 1re classe comme directeur du Service de santé à la tête d'un corps d'armée. Et pour qu'une pareille éventualité se produise il suffira qu'au jour de la mobilisation un de ces principaux retraités, dont l'âge flottera entre 60 et 65 ans, se trouve infirme ou seulement incapable de monter à cheval.

Comme toutes les hypothèses doivent être prévues, en ce qui touche la mobilisation, afin de pouvoir donner à chacune d'elles une solution, cette éventualité a dû attirer l'attention de la 7e direction, et elle n'a pu y parer, selon toute vraisemblance, qu'en désignant, dès le temps de paix, certains majors de 1re classe pour remplir les fonctions de directeurs des corps de l'armée de seconde ligne.

La simple énonciation de cette éventualité peut déjà prêter à des réflexions sur les dangers qui pourraient en résulter. La situation paraît plus grave encore, si on se rappelle que le titulaire d'une fonction, en temps de guerre, est désigné d'après le poste qu'il occupait en temps de paix. En d'autres termes, il n'est pas possible de désigner *nominativement,* dès le temps de paix, le titulaire d'un poste qui devra être occupé au moment de la mobilisation, ce titulaire pouvant disparaître pour une raison ou une autre en un moment critique où il serait impossible de le remplacer. Au jour de la mobilisation, on désignera donc, pour remplir tel poste, le médecin *anonyme* occupant, le jour de la déclaration de guerre, tel poste du temps de paix. C'est ainsi que les médecins-majors de 1re classe, chefs de service dans les régiments d'artillerie au moment de la mobilisation, prendront chacun la direction d'une ambulance de leur corps d'armée, qu'ils se nomment Pierre ou Paul, et quelles que soient leur ancienneté et leur valeur professionnelle. On ne saurait adopter d'autre système, malgré ses inconvénients.

Il devra donc en être de même en ce qui concerne les médecins-majors de 1re classe qui, dans notre hypothèse, devraient être désignés comme directeurs des corps d'armée de seconde ligne. Ils pourront donc être les premiers venus et ne posséder aucune des qualités nécessaires pour remplir des fonctions aussi importantes, et pour lesquelles ils ne sont pas préparés. Bien mieux, il se pourrait que le titulaire fût le premier en tête de la liste d'ancienneté de son grade, c'est-à-dire un de ceux qui, à tort ou à raison, n'ont pas été jugés aptes à devenir principaux de 2e classe. Mais nous n'insistons sur ce fait que pour mieux faire comprendre combien une organisation solide du Service de santé en campagne est irréalisable avec un cadre actif numériquement insuffisant.

Quant aux médecins divisionnaires de l'armée de seconde ligne, il faut en supprimer les emplois, faute de pouvoir trouver des titulaires.

On ne peut assurément songer à les choisir parmi les 162 majors disponibles du cadre actif, ni parmi les démissionnaires ou retraités compris dans le cadre auxiliaire, puisque ensemble ils ne fourniront que 262 titulaires au maximum : or, 519 postes de médecins chefs sont nécessaires aux formations régimentaires ou hospitalières de l'armée de seconde ligne.

Le problème de l'encadrement des médecins de réserve et de l'armée territoriale est donc un problème sans solution possible dans l'état actuel. L'armée de seconde ligne se trouvera exposée aux mêmes dangers, résultant du feu et des maladies, que l'armée de première ligne. Partant de ce fait, aussi indiscutable qu'un axiome de géométrie, il paraîtrait logique d'organiser le service de santé sur les mêmes bases dans l'une et l'autre armée, qu'il s'agisse de la direction des corps d'armée, des divisions, des ambulances ou des hôpitaux de campagne. On ne peut, sans inconséquence, soutenir l'opinion contraire.

Ce résultat, on ne saurait pourtant l'atteindre, ainsi que nous venons de le prouver par des chiffres inférieurs à la réalité, et la 7e Direction ne peut choisir qu'entre deux plans de mobilisation : ou elle organisera solidement toutes les formations sanitaires de l'armée de première ligne, en abandonnant entièrement, au cadre auxiliaire, à peu d'unités près, la direction de toutes les formations sanitaires hospitalières de l'armée de seconde ligne ; ou bien elle supprimera les médecins du cadre actif dans la moitié au moins des hôpitaux de campagne de l'armée de première ligne, pour leur confier la direction des ambulances de l'autre armée, en raison de l'importance plus grande attachée à tort ou à raison à ces dernières. Système illogique autant que dangereux, dont la 7e Direction ne saurait être tenue responsable, et dont les graves inconvénients n'ont pas dû échapper à l'esprit ouvert et positif de son chef actuel.

On pourrait sans doute faire intervenir une autre solution, en confiant la direction du service sanitaire de tous les corps de troupe de l'armée de seconde ligne aux seuls médecins du cadre auxiliaire, pour placer à la

tête de ses formations hospitalières les médecins disponibles du cadre actif et ceux qui en proviennent par démission ou retraite. Si leur nombre était insuffisant, on pourrait le compléter, en distrayant du service régimentaire de première ligne le chiffre nécessaire à cet effet. Mais les idées qui ont cours actuellement et qui semblent attribuer au service régimentaire une importance plus considérable qu'au service hospitalier, feront sans aucun doute obstacle à l'adoption d'un pareil système et obligeront malgré elle la 7e Direction à confier aux seuls médecins du cadre auxiliaire la direction de la moitié des hôpitaux de campagne de l'armée de première ligne et tous les hôpitaux de l'armée de seconde ligne, en supprimant encore dans celle-ci les fonctions des directeurs du service de santé dans les divisions, et en désignant un certain nombre de médecins-majors de 1re classe comme directeurs de quelques corps d'armée, en prévision de certaines éventualités.

Les inconvénients inhérents à ce système de mobilisation des médecins, le seul praticable cependant en raison de l'insuffisance numérique du cadre actif, auraient pu être atténués si, à chacune des formations hospitalières, dont la direction reste abandonnée aux seuls médecins du cadre auxiliaire, la 7e Direction pouvait affecter un officier d'administration du cadre actif.

Il n'en saurait être ainsi malheureusement, car les 350 titulaires du cadre actif des officiers d'administration des hôpitaux suffiront à peine pour permettre d'en affecter un aux directions de corps d'armée, à chacune des ambulances et à la moitié des hôpitaux de campagne de l'armée de première ligne; et aux ambulances seulement, à l'exclusion de tous les hôpitaux de campagne, de l'armée de seconde ligne. Aucun des médecins-chefs du cadre auxiliaire n'aura à sa disposition d'officier d'administration du cadre actif. Les conséquences qui en découleront peuvent aisément se prévoir.

L'importance du rôle dévolu, en temps de guerre, au cadre auxiliaire du service de santé ressort donc avec la dernière évidence des considérations qui précèdent. Les médecins de la réserve et de l'armée territoriale partageront avec leurs collègues du cadre actif les lourdes responsabilités qui pèseront sur la direction sanitaire en temps de guerre; ils supporteront presque seuls, étant quatre fois plus nombreux, les charges de l'exécution du service purement technique et chirurgical. Il importe donc qu'ils se pénètrent de l'étendue de leurs devoirs et qu'ils s'intéressent, dès le temps de paix, à tout ce qui touche de près ou de loin l'organisation du service de santé en campagne. S'ils ne peuvent être appelés à concourir activement à cette organisation, ils ont du moins le devoir de s'initier dans tous leurs détails aux moyens mis à leur disposition comme personnel et matériel, d'en apprécier la valeur et même, n'hésitons pas à le dire, de faire connaître les réflexions qui peuvent leur être suggérées ou les perfectionnements qui leur paraîtraient désirables et réalisables pour assurer le succès de leur mission en temps de guerre.

Dr Freeman.

Les médecins et leurs legs. — M. le Dr Lestir, ancien conseiller municipal de la ville de Morlaix, qui vient de mourir, lègue 600,000 francs au bureau de bienfaisance de cette ville.

Cours de Clinique chirurgicale (*Hôpital de la Pitié*). — M. le Pr Tillaux.

M. le Pr Tillaux a pris, lundi dernier, possession de la chaire de clinique chirurgicale de la Pitié. Cette ouverture du cours a été l'objet d'une véritable ovation faite au distingué professeur par ses élèves, trop nombreux pour l'amphithéâtre de la Pitié. Un grand nombre de chirurgiens des hôpitaux était venu rendre à leur maître un témoignage de respectueuse sympathie.

Ce premier cours n'a été qu'une causerie humoristique destinée à rappeler la vie de deux chirurgiens de la Pitié qui ont donné leur nom aux salles de la clinique: Lisfrane et Michon.

On nous permettra de résumer brièvement cette causerie anecdotique, quoique nous ne puissions rendre le charme expansif et la bonne humeur communicative du professeur.

Jacques Lisfrane, né en 1790, après des études médicales commencées à Lyon, vint à Paris, suivit les leçons du grand Dupuytren et s'enthousiasma de ce maître. Sa thèse inaugurale fut inspirée par une opération créée par Dupuytren: la résection du maxillaire supérieur. Plus tard cependant il devint son ennemi acharné.

En 1812, Lisfranc fut appelé sous les drapeaux: licencié en 1814, il publia alors deux mémoires, l'un sur la résection de l'épaule, l'autre sur l'amputation tarso-métatarsienne, opération restée classique et qui porte encore aujourd'hui son nom. Nommé chirurgien du Bureau central en 1818, reçu agrégé en 1823, il devint en 1825 chirurgien de l'hôpital de la Pitié et continua cette fonction jusqu'en 1847, année où il mourut, emporté par une angine couenneuse compliquée d'accès fébriles pernicieux. Il a laissé en tout 6 volumes: 5 volumes de *clinique chirurgicale*, un volume intitulé: *Précis de médecine opératoire*, auquel un second tome fut ajouté après sa mort, pour le compléter, par Jobert de Lamballe. Tous ces travaux respirent un sentiment très personnel, quelquefois même trop. Il a particulièrement insisté sur des points de repère très précieux pour le praticien. En somme, son influence sur la médecine opératoire a été considérable.

Comme chirurgien il fut très habile, mais trop prompt à amputer au début de sa carrière; ceci lui attira de nombreuses et violentes critiques. Le premier volume de ses cliniques (polypes et affections du col utérin) fut un de ses ouvrages les plus discutés. C'est à cette époque de sa vie que se place un incident dont il ne se consola jamais. Désirant le titre de professeur, il avait envoyé à l'Institut un travail manuscrit sur ses opérations à la Pitié: il subit un échec et, pour comble, son travail fut dérobé par un de ses familiers, un élève, et livré sans doute à l'un de ses nombreux adversaires, de sorte que, bientôt après, il parut *imprimé*, mais falsifié. Les ennemis de Lisfranc en profitèrent pour l'accabler. Ce fut un coup de massue qui le frappa de stupeur, et, à dater de ce jour, il devint tout à fait conservateur, de si hardi qu'il était jadis, au point qu'en 6 années on ne lui voit pratiquer que 6 amputations de cols utérins! Voilà le chirurgien. Quant à l'homme, Lisfranc suscita des haines violentes, féroces. Les uns disent qu'il était bon pour ses malades et ses rares amis; les autres incriminent violemment son caractère emporté et sa grossièreté. En effet son échec au professorat lui fit concevoir un tel dépit qu'il se livra sans réserve aux épithètes les plus injurieuses envers ses collègues, surtout de ceux qui faisaient partie de la Faculté. Tel fut Lisfranc.

Tout autre fut Michon, et l'on peut dire qu'il fut l'antithèse de Lisfranc. Intelligent, bon, doux, serviable, il fut aimé de tous. Né en 1802, il mourut en 1866 après une noble carrière. Après s'être quatre fois présenté au professorat et avoir failli deux fois être nommé, il finit par échouer devant un de ses élèves, Gosselin, auquel il ne garda pourtant nulle rancune. Michon ne laissa que ses thèses pour le doctorat. Lui aussi avait été interne de Dupuytren, dont il disait souvent: « Nous ne sommes que sa monnaie. » Nélaton disait dans le même sens: « Nous ne sommes tous que des pygmées auprès de lui. » Telle avait dû être la puissance de ce grand homme!

Pour moi, Messieurs, a ajouté M. le Pr Tillaux en terminant, je suis de l'école de Dupuytren, de Michon et de Nélaton. Je considère l'importance du diagnostic comme capitale en chirurgie. Si les découvertes modernes des procédés antiseptiques nous permettent plus de hardiesse en opérant, il ne faut pas pour cela négliger le diagnostic, car j'estime encore plus le grand clinicien que le grand opérateur.

Grâce à l'aide de M. le Dr Pilliet qui, à peine sorti de l'internat, s'est déjà acquis une légitime réputation par ses travaux histologiques, nous allons enfin avoir une clinique chirurgicale qui va faire honneur à notre pays.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 novembre 1892. — Présidence de M. Lacaze-Duthiers.

Les sœurs Radica-Doodica d'Orissa.

M. Milne Edwards a présenté, au nom de M. le Dr Marcel Baudouin, une note sur un cas nouveau de monstre double, tout à fait analogue à celui des frères siamois, qui est universellement connu. Il s'agit cette fois de deux fillettes, âgées de trois ans, nées à Nowapara, province d'Orissa, au sud du Bengale, dans les Indes anglaises. On pouvait les voir ces jours derniers resplendissantes de santé au musée Castan, à Bruxelles ; elles viennent de partir pour Berlin. Elles s'appellent Radica-Doodica Khéttronaïk. M. Marcel Baudouin a constaté qu'il n'y avait chez ces deux fillettes aucune inversion des viscères, fait très important au point de vue théorique, venant confirmer les remarques de M. Dareste, et a émis une hypothèse expliquant cette exception à la loi posée par Serres. — Il est d'avis qu'elles sont opérables et rappelle qu'on a déjà fait deux fois cette opération avec succès (Kœnig, au dix-septième siècle ; Bœhm, en 1866, sur ses propres filles). Kœnig obtint une double guérison, mais Bœhm perdit un de ses enfants.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 novembre 1892. — Présidence de M. Chauveau.

M. Laveran rappelle que la description qu'il a donnée des *hématozoaires du paludisme*, quoique acceptée dans ses grandes lignes par les auteurs italiens Canalis, Marchiafava, Golgi, etc., a été remaniée par ces auteurs. Ils attribuent en effet tel caractère morphologique de ces hématozoaires polymorphes à telle forme d'accès malarique. M. Laveran, par l'étude des corps en croissants, a constaté après un grand nombre d'expériences que la morphologie du parasite était extrêmement variable et que le même sujet pouvait présenter les formes les plus diverses, comme les types cliniques les plus variés.

MM. d'Amore et Falcone adressent une note sur *l'intoxication par les sels de zinc*. A des doses de 50 centigrammes administrés par la bouche, l'oxyde de zinc provoque les vomissements, l'hémoglobinurie et l'albuminurie. Les animaux meurent en général avant la fin de la deuxième semaine avec des lésions épithéliales surtout marquées dans le rein. Le plus intéressant, c'est qu'ils présentent de la glycosurie pendant la vie et qu'on retrouve dans le pancréas les mêmes lésions épithéliales que dans les viscères abdominaux.

M. Féré, en collaboration avec MM. Batigue et Oudry, a étudié ce que devenait la *sensibilité à la pression dans l'épilepsie*. Cette sensibilité est diminuée, mais il est juste d'ajouter que chez les dégénérés et les hystériques surtout on peut retrouver la même diminution. Il s'agit donc là d'un signe fort intéressant au point de vue physiologique, mais à peu près dépourvu de valeur diagnostique.

M. Abelous a pu *greffer 8 fois sur 30 chez la grenouille une portion de capsule surrénale* dans les muscles de la région iléo-coccygienne. Au bout d'une vingtaine de jours la greffe est prise et a contracté des adhérences suffisantes. On peut alors enlever les capsules surrénales de l'animal sans voir survenir les accidents mortels qui ont fait l'objet des études antérieures de MM. Abelous et Langlois.

MM. Charrin et Roger ont constaté l'*affaiblissement de la vitalité du bacille tuberculeux* pris dans la phtisie aiguë, après un certain nombre de passages sur l'animal, cobaye ou lapin. Au bout de deux ou trois essais on n'obtient plus que des abcès locaux, contenant le bacille, mais ne servant pas de foyers de dissémination. La tuberculose prise chez l'homme se conduit donc dans les cas semblables avec beaucoup de lenteur et sa marche rappelle celle de la tuberculose aviaire.

M. Malassez a vu aussi, avec M. Vignal, des différences très remarquables dans la virulence de certaines cultures de tuberculose, suivant les animaux auxquels elles étaient inoculées, alors qu'il s'agissait d'une même série de cultures et d'une même espèce animale.

M. Chauveau a constaté de semblables variations de la virulence dans la tuberculose inoculée par les ingesta.

M. Charrin regrette que tous ces faits n'aient pas été publiés au moment de la discussion sur les différences qui peuvent séparer la tuberculose aviaire de la tuberculose humaine.

MM. Doléris et Bourges.— *Recherches sur l'association du Streptocoque pyogène et du Proteus vulgaris. Paramétrite purulente dont le pus contenait le proteus vulgaris et un streptocoque se colorant bien mais ayant perdu sa virulence et sa vitalité.*— Dans 1 cas de paramétrite purulente traitée par la laparotomie 2 mois après le début des accidents alors que les symptômes aigus avaient disparu, et terminée par la guérison, ils ont trouvé dans les préparations faites avec le pus très fétide, recueilli pendant l'opération deux microorganismes se colorant bien : d'une part de nombreuses chaînettes de streptocoque ayant l'aspect du streptocoque pyogène, de l'autre une très grande quantité de petits bacilles. Les ensemencements faits sur les différents milieux avec pus n'ont pas donné une seule colonie de streptocoque, mais toujours de nombreuses colonies du petit bacille, qui n'était autre que le *Proteus vulgaris*. La présence, dans le pus examiné, de ce bacille, hôte habituel de l'intestin de l'homme, s'explique aisément par les étroites adhérences que l'intestin avait contractées avec la paroi de l'abcès paramétritique. Quant au streptocoque constaté, qui avait été très certainement l'agent de cette inflammation pelvienne, il avait perdu toute virulence et toute vitalité, comme l'ont prouvé non seulement les ensemencements sur les milieux usuels, mais encore les inoculations aux lapins avec le pus recueilli. De nombreuses expériences faites par les auteurs sur les lapins en leur inoculant une même quantité soit de culture pure de *Proteus vulgaris*, soit de culture pure de streptocoque pyogène, soit de bouillon où cultivaient à la fois du proteus vulgaris et du streptocoque pyogène, ont montré qu'il n'y a pas d'antagonisme entre le proteus et le streptocoque, qu'au contraire l'association de ces deux microbes exalte leur virulence réciproque et tue les lapins bien plus rapidement sous le même volume que l'une ou l'autre de ces bactéries inoculée isolément. Le proteus vulgaris ne peut donc pas avoir détruit dans le pus de cet abcès paramétritique le streptocoque dont la vitalité s'est probablement épuisée elle-même par le fait du temps écoulé depuis le début des accidents pelviens. D'où la confirmation scientifique de cette indication dans les inflammations pelviennes d'attendre autant que possible pour intervenir chirurgicalement que les symptômes aigus se soient dissipés. On a aussi chance de ne plus trouver que du pus dont l'agent virulent soit mort et de diminuer considérablement les risques d'infection pendant l'opération.

Séance du 19 novembre 1892. — Présidence de M. Chauveau.

M. Charles Richet. — Quand se refroidit un animal, on a l'occasion d'observer un *frisson expérimental* particu-

lier. L'animal contracte ses muscles pour se réchauffer, même lorsque les principaux réflexes ont été abolis par les anesthésiques, chloral ou morphine, le frisson, d'origine centrale, se distingue du frisson ordinaire, par réflexe cutané, d'une part à cause de ses oscillations qui sont beaucoup plus lentes, ensuite parce que la section sous-bulbaire de la moelle amène sa suppression.

M. Laveran fait remarquer que les frissons fébriles, tels que ceux de l'accès paludique, forment une variété distincte de frissons.

M. Chauveau a obtenu des frissons presque immédiats, par actions sur le système nerveux central, en injectant du pus septique dans les carotides.

M. Mégnin fait une communication sur les lésions et l'intestin dans l'*entérite coccidienne de lièvre*. Les parasites se logent dans les cellules épithéliales des villosités hypertrophiées et surtout dans les follicules et déterminent des lésions qui amènent la mort de l'animal et une dépopulation rapide des clapiers.

M. Raillet rapporte un cas de *Tænia diminuta* chez l'*homme*. Le parasite, qui est le Tænia le plus fréquent du rat, ne se rencontre que très rarement chez l'homme. C'est sur une pièce conservée depuis longtemps à l'Ecole d'Alfort que M. Raillet a pu étudier le cas qu'il présente et qui est le cinquième décrit dans la science.

M. Verdin, constructeur, présente un *excitateur électrique*. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 novembre 1892. — Présidence de M. A. Regnauld.

M. Laborde rappelle le *procédé de la langue dans le traitement de l'asphyxie par les gaz des égouts*, procédé qu'il a préconisé dans une séance antérieure. Le Dr Billot, médecin militaire, vient de lui annoncer deux succès qu'il a obtenus avec ce procédé sur quatre ouvriers qu'on retira asphyxiés d'une bouche d'égout. Tous les quatre furent sauvés. Un seul était revenu à lui spontanément. D'autre part, un vétérinaire, M. Mutelet, a ramené à la vie par le même procédé un veau nouveau-né en état d'asphyxie. On pourrait donc l'utiliser aussi chez les enfants nouveau-nés.

M. Terrier dépose sur le bureau un travail de M. le Dr Boiffin (de Nantes) sur le *traitement des tumeurs de l'intestin*.

M. Feulard fait une communication sur *la décroissance des favus en France*. Il s'appuie sur les mêmes documents que M. Bergeron en 1860 et lui-même en 1886, ce qui donne aux résultats obtenus une valeur considérable.

De 1841 à 1849 M. Bergeron avait trouvé 1.000 à 1.100 conscrits exemptés pour teigne. De 1850 à 1860 il n'y en avait plus que 800. De 1873 à 1885 M. Feulard a vu la moyenne tomber à 300. Enfin de 1887 à 1891 elle s'est encore abaissée à 192. Rien n'est plus facile que d'éteindre complètement le favus en France. Mais il est nécessaire qu'une réglementation intervienne et que les pouvoirs publics s'en occupent. La première mesure à prendre serait de ne plus exempter du service les hommes pour cause de favus, mais de les incorporer et après les avoir fait traiter de les envoyer au régiment. En second lieu il faudrait une inspection faite régulièrement dans les écoles des campagnes, comme on le fait dans les villes, de façon à enrayer les cas de favus dès leur apparition. P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 novembre. — Présidence de M. Desnos.

M. Debove lit une note sur l'*ovariotomie dans ses rapports avec l'hystérie*. Il s'agit d'une femme de 38 ans qu'on opéra en 1889 pour une salpingite. En 1890, apparitions d'attaques de nerfs qui n'ont pas cessé depuis cette époque. Elle a de plus une hémianesthésie du côté droit et une douleur dite *ovarienne*. Ce cas prouve que l'ovariotomie ne guérit pas l'hystérie, qu'elle ne guérit pas la douleur pelvienne et n'est même pas préventive de l'hystérie, puisque des attaques peuvent apparaitre chez des femmes auxquelles on a retiré les ovaires.

M. Desnos connaît deux cas d'*aliénation mentale survenue à la suite d'ovariotomie*. L'un survint quelque temps après l'opération, l'autre après la guérison de la plaie.

M. Rendu. — D'autres opérations peuvent engendrer des suites semblables. Un malade, qui présentait une obstruction intestinale telle qu'on fut obligé de l'opérer, commença quelques jours après à divaguer. On crut d'abord à des accidents d'intoxication par les médicaments qui servaient aux pansements, mais on dut abandonner cette hypothèse car la plaie guérit, mais l'état mental persista et le malade mourut en aliénation complète. On ne trouva rien à l'autopsie qui pût expliquer ces accidents.

M. Debove. — On sait que le traumatisme et les émotions vives peuvent donner naissance aux manifestations hystériques. Mais le point sur lequel il y a lieu d'insister, c'est cette manie qu'ont certaines femmes de se faire enlever des organes et notamment les ovaires. Ainsi une malade qui s'était fait enlever les ovaires, puis un rein, voulut encore se faire enlever l'utérus; on fit seulement semblant de l'enlever et les douleurs disparurent tout de même. Les chirurgiens doivent donc être prudents quand ils annoncent comme des succès la guérison des douleurs par une opération. Il n'y a là qu'un phénomène de suggestion, les malades auraient pu guérir autrement. D'ailleurs le succès d'une opération ne prouve pas la nécessité de cette dernière.

M. Barrié a vu, avec M. Reynier, une malade qui, à la suite d'une opération abdominale, fut prise d'aliénation mentale.

M. Mathieu a eu une malade qui, à la suite d'une ovariotomie double, a présenté les symptômes d'une véritable nymphomanie.

M. Variot offre à la Société la traduction par M. Lalesque de l'ouvrage de M. Lincey sur le *traitement de la phtisie*. M. Lalesque fait remarquer, dans une lettre citée par l'orateur, que la population des pêcheurs qui ne quittent pas la côte est presque exempte de tuberculose, tandis que ceux qui sont embarqués sur les navires de l'Etat la prennent, malgré un régime meilleur. L'influence du climat marin ne suffit donc pas à les prémunir.

M. Barrié lit sa communication sur *le choléra à l'hôpital Tenon*. Il n'a eu que 64 cas, 17 femmes, 46 hommes et 1 enfant de 14 mois. Ce dernier mis à part, l'âge des malades varie de 19 à 86 ans sans grande importance sur l'issue de la maladie. Deux femmes, l'une de 76 ans, l'autre de 70 guérirent en 8 jours de leurs accidents cholériques, mais la convalescence fut longue. La mortalité frappe davantage les malades au-dessus de 60 ans. Les hommes plus que les femmes, à cause de l'alcoolisme. Mort à une période variable : 2 cas foudroyants, 4 dans le collapsus après 15, 18 ou 20 heures, 5 par anurie. 2 malades guéris du choléra ont succombé à leurs maladies antérieures, chez l'un c'était la tuberculose, chez l'autre un cancer du foie. Les renseignements étiologiques sont vagues, les malades provenaient les uns du XXe, les autres du XIe arrondissement. Quelques-uns venaient de maisons contaminées. 3 cas ont frappé les membres d'une même famille : la femme, une Alsacienne, vivait dans une maison isolée avec son mari, celui-ci s'alita un jour brusquement; 3 jours après la mère et l'enfant, âgé de 14 mois; il guérit, la mère également. L'enfant de 14 mois, nourri au sein, avait depuis l'avant-veille de son entrée de la diarrhée avec grains riziformes. 5 à 6 jours après il était guéri, mais il eut ensuite plusieurs rechutes de diarrhée. Il y a eu un cas de choléra intérieur, une infirmière veilleuse qui, ayant la diarrhée depuis plusieurs jours, continua quand même son service. Les précautions antiseptiques les plus rigoureuses ont consisté en trempage du linge dans une solution de sublimé, puis passage à l'étuve. Les déjections étaient mélangées d'une solution de sulfate de cuivre à 4 0/0, les parquets lavés au sublimé. Les élèves et infirmiers étaient vêtus de longues blouses fermées au cou et aux poignets et se lavaient les mains et le visage avec une solution concentrée d'acide borique. La statistique prise d'ensemble donne une mortalité de 20.31 0/0 pour les cas graves ; envisagée isolément, elle donne 14 0/0. L'occasion ne s'est pas présentée de recourir aux injections intra-veineuses, ni à l'hypodermoclyse. Des injections d'éther et de caféine ont été pratiquées, si l'al-

gidité persistait, bains très chauds, bains sinapisés, frictions stimulantes et sans relâche, soit sèches, soit avec des liniments excitants. Parmi les malades qui ont pris des bains aucun n'a présenté de convulsions. Contre la diarrhée, les lavements d'éther et les injections sous-cutanées de camphre ont été essayés, mais on ne peut actuellement être fixé sur la valeur de ces dernières. Contre les vomissements, la glace, les boissons glacées, la potion de Rivière, les frictions de l'estomac ont donné de bons résultats. Plusieurs malades ont pu supporter des potions aromatiques et stimulantes. Le thé au rhum très chaud est bien supporté. L'opium, quoi qu'on en dise, a bien réussi employé à la dose de 10 à 20 centigrammes et associé au salicylate de bismuth. Chez d'autres malades on a administré de 50 à 60 gouttes d'élixir parégorique, 1/4 de lavement laudanisé chez quelques-uns. Chez trois malades, qui ne pouvaient tolérer l'opium à l'intérieur, les injections de morphine ont bien réussi contre la diarrhée. Le régime alimentaire fort simple pendant la maladie consistait surtout en administration de lait, au moment de la convalescence, alimentation réparatrice. Comme particularités cliniques à noter : aucun cas de choléra sec ; diarrhée prémonitoire dans deux tiers des cas, d'une durée de 6 à 8 jours dans certains cas, de 1 à 2 jours dans d'autres. Les réactions franches ont été rares. Quelques malades sont retombés dans le collapsus après un commencement de réaction. 11 malades ont présenté une albuminurie non persistante. Chez un il y a eu une véritable néphrite, puis un bruit de galop diastolique. Polyurie considérable chez beaucoup de malades. Dans 2 cas il y a eu retour des accidents après guérison complète. Le phénomène qui assombrit le plus le pronostic est l'anurie, qui conduit à l'urémie, cause la plus fréquente de mort.

M. Antony. — Les solutions de sulfate de cuivre à 5 °/₀ ne sont pas suffisantes pour désinfecter les matières fécales, car on peut encore constater, 24 heures après le mélange des matières avec ces solutions, la présence de nombreux microbes. Il faudrait donc au point de vue prophylactique augmenter considérablement la dose de ce désinfectant sans quoi l'effet risque d'être nul.

M. Barrié a employé cette solution parce qu'elle était la solution officielle.

M. Galliard montre *l'estomac d'un cholérique présentant des ulcérations très petites*. Il considère ce fait comme exceptionnel. Ce malade a eu aussi de la duodénite avec chohuphte aiguë. Il a présenté ce phénomène également bizarre qu'anurique pendant tout le temps qu'il avait été malade chez lui, il a commencé à uriner peu de temps après son admission. Il y a un rapport entre les ulcérations gastriques et les hématémèses du malade. Les hémorrhagies gastriques ne furent pas considérables. Il n'y eut pas de mélœna. Dans ce cas le lavage de l'estomac n'eût rien produit. A ces débâcles intestinales et gastriques extrêmement ascendantes on opposa la tranfusion qui fut pratiquée six fois. Le malade survécut jusqu'au 9e jour.

M. Merklen lit une note relative à un malade frappé de *mort subite à la suite d'un traitement de la digitale*. Il y avait chez ce malade rupture du cœur sans hémorrhagie dans le péricarde. La rupture consistait en une fissure linéaire de 5 centimètres de longueur, pénétrant dans le ventricule droit. L'orifice interne est plus petit que l'orifice externe. Le cœur est recouvert d'une épaisse couche de graisse, il est dilaté, le ventricule gauche hypertrophié. Ilots de sclérose de la valvule mitrale endocardite plus ou moins ancienne coronaire athéromateuse, congestion des autres organes. A l'examen le myocarde présente des lésions granulo-fragmentaires disséminées. La sclérose est donc un stade peu avancé. Il est permis de penser que la rupture s'est faite au niveau d'un de ces foyers. La mort subite n'a pas provoqué d'hémorrhagie parce que la rupture s'est faite en un point où il existe des éléments nerveux. Et l'on sait expérimentalement qu'il suffit de piquer ce point pour provoquer la mort. Dans ce cas la mort ne peut donc être attribuée à l'action de la digitale que le malade avait toujours bien supportée.

M. Antony lit un travail adressé à la Société sur le *traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses d'après la méthode de M. Petresco* (de Bucharest). L'administration de l'infusion de feuilles de digitale à la dose de 8 à 10 grammes par jour jugule la pneumonie sans provoquer d'accidents. L'efficacité de cette méthode est confirmée par la statistique comparative donnant 1,21 °/₀ de mortalité. La richesse en principes actifs des échantillons de la digitale employée a été prouvée par les analyses. Chez les enfants la dose à employer serait de 1 gr. 50 à 2 grammes. Plusieurs médecins ont vérifié l'efficacité de cette méthode et ses effets sédatifs.

M. Rendu n'a jamais dépassé la dose de 1 gr. 50. Il s'étonne d'entendre parler de 10 grammes bien supportés et n'aurait pas osé les prescrire.

M. Laveran a vu employer cette méthode à Strasbourg, par M. Hertz ; elle n'est donc pas nouvelle. Mais elle présente des inconvénients. Il faut surveiller les malades de très près, car la digitale est souvent infidèle et cette dose, qui avec une digitale de certaine provenance ne provoque pas d'accidents, devient toxique avec une plante venant d'une autre contrée. Le traitement de la pneumonie par les fortes doses de digitale présente de grands inconvénients.

M. Huchard trouve cette méthode non seulement dangereuse mais inutile. Il n'aurait pas donné de pareilles doses. On peut obtenir les mêmes résultats avec la digitaline cristallisée à la dose de 1 milligramme. Celle-ci n'agit pas autrement que la méthode de M. Petresco, mais elle a l'avantage sur la digitale d'avoir une composition fixe.

M. Bucquoy plaide aussi contre l'usage des hautes doses de digitale. On a d'ailleurs déjà protesté quand M. Petresco a annoncé sa méthode au Congrès de Thérapeutique.

L.-R. Régnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 novembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

M. Kirmisson dépose sur le bureau une observation de M. Cerné (de Rouen) : *Plaie de l'abdomen par coup de feu*; et une note de M. A. Broca sur *deux opérations pour luxation congénitale de la hanche.*

Des grandes névralgies pelviennes.

M. Richelot. — Je tiens à faire remarquer que je suis d'accord avec presque tous les orateurs qui ont pris la parole au sujet de ma communication. Je répète que je n'opère que dans des cas exceptionnels, puisque je n'ai qu'un chiffre de 15 interventions et que j'ai vu un grand nombre de malades dans ces conditions. Je n'ai jamais opéré pour des douleurs datant de 6 mois seulement ; pendant longtemps, avant d'intervenir, j'ai eu recours aux moyens thérapeutiques les plus variés. On a dit que toute névralgie pelvienne était de nature hystérique ; il n'en est rien. De plus, toutes les opérations n'échouent pas chez les hystériques. Beaucoup de mes contradicteurs n'ont fait allusion qu'aux opérations sus-pubiennes (castration, laparotomie) ; il ne faut pas oublier pourtant qu'un certain nombre de mes guérisons sont la conséquence d'hystérectomies vaginales. Je n'ai jamais proposé d'intervention chez des neurasthéniques, des hypochondriaques ou des folles. On a mis en avant les bienfaits des opérations simulées et dit qu'il était inutile d'enlever l'utérus. Or bien des opérations dites simulées ont échoué. Je pourrais citer, à ce propos, des faits intéressants où j'ai eu des échecs, même chez des hystériques. Entre autres, je rappelle une incision sus-ombilicale chez une femme ayant des spasmes du diaphragme. On a ajouté qu'il ne fallait pas répéter trop haut que nous opérions dans les névralgies, de peur que cette pratique ne devînt abusive entre les mains de chirurgiens peu autorisés et trop hardis. Il y a pourtant une chose qu'on a bien le droit de dire : c'est ce que l'on fait et les résultats que l'on obtient.

M. Pozzi. — Je ne comprends pas pourquoi M. Richelot a tenu à créer un mot nouveau : grandes névralgies pelviennes. C'est là un néologisme fâcheux. Je n'admets l'intervention dans ces névralgies que s'il y a en même temps une lésion, si petite soit-elle, ou des troubles fonctionnels très graves. Quand les lésions des annexes dominent, il faut faire la castration sus-pubienne ; quand il s'agit de troubles dysménorrhéiques, il faut faire la castration totale, c'est-à-dire l'ablation de l'utérus et des annexes par la voie vaginale.

M. TERRIER. — Je crois inutile de suivre M. Richelot sur le terrain déontologique. La Société de Chirurgie ne doit pas jouer le rôle d'un régulateur, mais d'un simple enregistreur. Pour ma part, je ne suis pas loin d'admettre que ces névralgies ont pour substratum des *névrites ascendantes* d'origine pathologique ou opératoire. Je répète que, dans ces cas, nous opérons tous, quant à présent du moins, sans savoir ce que nous faisons; et je demande qu'on mette tout en œuvre pour que la question puisse un jour être élucidée. Je ne crois pas beaucoup dans ces cas aux névralgies sans lésion.

M. SCHWARTZ a opéré un certain nombre de femmes souffrant de névralgies pelviennes. Il a été plus ou moins heureux. Il appuie les remarques de M. Richelot.

M. RICHELOT rappelle que souvent les lésions des annexes sont si peu marquées qu'il est impossible de les reconnaître. Force est donc d'admettre que le syndrome névralgique reste le seul guide en clinique.

M. VERNEUIL lit une observation d'*exostose ostéopériostique de la première côte* comprimant le plexus brachial, opérée à quatre reprises différentes, avec une guérison ayant persisté sept ans entre la deuxième et la troisième opération. M. Verneuil a cru remarquer que la guérison de longue durée avait été en rapport avec la cicatrisation de la plaie par seconde intention. Aussi vante-t-il les bons effets du pansement ouvert.

M. ROUTIER montre un *épithélioma primitif de la trompe.*

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

Séance du 17 novembre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. G. GARIEL.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit une lettre de M. Brouardel autorisant la Société à installer une Exposition d'appareils et d'instruments ayant trait à l'électrothérapie, pendant les vacances de Paques 1893, dans les salles des Travaux pratiques de Physique, à la Faculté.

M. APOSTOLI lit un mémoire sur les *applications nouvelles du courant alternatif sinusoïdal en gynécologie.* En cinq mois, de mars à août 1892, 34 malades de sa clinique, comprenant 12 fibromes et 22 affections des annexes, ont été traitées par le courant alternatif, au total 320 séances ont été faites. Toutes ces malades ont été soumises à une application uniforme, un pôle dans l'utérus sous la forme d'hystéromètre, et l'autre sur le ventre par une large plaque de terre glaise. La durée de chaque séance était de cinq minutes ; elles ont été renouvelées de deux à trois fois par semaine. La vitesse seule des alternances a varié suivant les circonstances, ou mieux la sensibilité des malades, pour osciller entre une moyenne de 4 à 6 mille, et un maximum de 11 à 12 mille par minute. L'appareil qu'on a utilisé est le premier modèle construit par Gaiffe, qui n'est autre qu'une machine magnéto-faradique de Clark, modifiée et transformée par d'Arsonval, donnant à grande vitesse une différence maxima de potentiel de 64 volt et à vitesse moyenne, une différence de 32 volt. Cet appareil est actionné par la pédale d'une machine à coudre. Voici les conclusions générales que l'on peut dégager de cette période initiale de traitement, conclusions qui toutefois ne paraissent pas encore définitives, en raison de l'outillage imparfait et de la durée relativement restreinte de l'expérimentation : 1° Le courant alternatif *sinusoïdal* appliqué dans la cavité intra-utérine, et dans les conditions opératoires où le Dr Apostoli s'est placé, est toujours inoffensif et bien supporté. 2° Son application n'est suivie d'aucune réaction douloureuse ou fébrile et s'accompagne le plus souvent au contraire d'une sédation manifeste. 3° Il ne paraît pas avoir d'action marquée sur le symptôme *hémorrhagie* et aurait plutôt une tendance à provoquer quelquefois sa continuité. 4° Il exerce une action très nette sur le symptôme *douleur* ; cette action s'affirme dès les premières séances et le plus souvent immédiatement dès la fin de la séance. 5° Il combat très avantageusement, mais non constamment toutefois, la *leucorrhée* qui, le plus souvent, diminue ou disparaît. 6° Il n'a pas d'action appréciable sur l'*hydrorrhée* liée à certains fibromes. 7° Son influence sur la régression anatomique des fibromes n'est pas encore nettement établie. 8° Il active et favorise la résolution des *exsudats péri-utérins.* Ces résultats prouvent que le courant alternatif sinusoïdal doit prendre sa place en gynécologie à côté, *mais non encore au-dessus,* du courant faradique et galvanique. C'est jusqu'à présent le médicament par excellence de la *douleur*, et, comme tel, s'il ne saurait faire table rase des applications faradiques et galvaniques qui ont fait leur preuve, c'est toutefois une arme de plus, et la *gynécologie conservatrice* ne peut qu'accepter tout ce qui tend à élargir et à fortifier son domaine. M. Apostoli conclut en affirmant longuement ses titres à la priorité absolue, après Tripier, de ces applications du courant alternatif en gynécologie.

M. LARAT visé, ainsi que M. Gautier, par cette réclamation, répond qu'outillés bien avant M. Apostoli pour les courants alternatifs, ils n'ont pas manqué de les expérimenter et d'en parler également dans leurs conférences de l'hiver dernier à leur laboratoire de la place du Théâtre-Français. S'ils n'ont rien publié à ce sujet c'est que, contrairement aux résultats, tous favorables, de M. Apostoli, ils ont eu assez de cas défavorables pour n'avoir pu se faire une opinion. Au surplus, le principal est l'intérêt scientifique et la question de priorité n'est qu'accessoire.

M. DAUSSY présente un *galvano-cautère nouveau modèle* dans lequel le liquide de la pile, au lieu de s'élever sous l'action de la pression de l'air avec une poire de caoutchouc, est refoulé par un piston plein dont la course permet d'apprécier la quantité de liquide poussé dans la pile et de graduer ainsi l'intensité du courant.

M. DELINEAU présente un nouvel instrument, l'*électrophore*, dont il se sert pour les applications de l'électrolyse cuprique intra-utérine et pour toutes les applications intra-utérines d'électricité en général. Cet appareil, très simple, est en aluminium et par conséquent fort léger (Voir *Fig.* 30). Etabli

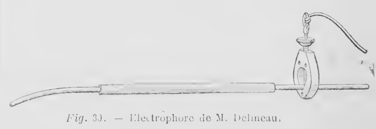


Fig. 30. — Electrophore de M. Delineau.

sur l'électrode il assure, par une vis de pression, trois points de contact pour le passage du courant et écarte ainsi tout danger de rupture de courant, si désagréable pour les malades. Il permet en outre au médecin de ne plus s'immobiliser devant la patiente pendant toute la durée de l'opération.

ELECTIONS. — MM. Régnier, Guimbail et Vaucaire sont élus membres de la Société.

M. LE TRESORIER donne lecture des comptes de l'année 1891.

P. SOLLIER.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 23 novembre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. LABBÉE.

M. BARDET présente, au nom de M. AUGUY, externe des hôpitaux, *un uréomètre portatif.*

M. VIGIER présente, de la part de M. BARTHÉLEMY, un instrument destiné à faire des *injections hypodermiques aseptiques* ; il est composé d'une ampoule à laquelle est soudée une aiguille.

M. CRÉQUY. — Le gouvernement oblige les compagnies de chemin de fer à avoir des solutions de *sublimé* très concentrées. Il est difficile d'avoir ces solutions dans des flacons ; car dans les collisions ils peuvent être généralement cassés. J'avais pensé à utiliser les paquets de poudre contenant du sublimé et de l'acide tartrique ; mais elles sont très hygrométriques : le papier qui les contenait était brûlé au bout d'un certain temps. Pour remédier à cet inconvénient, j'ai eu l'idée de mettre la poudre dans de petits tubes de verre. De cette façon, le mélange ne se détériore pas. Pour faire des injections et des lavages antiseptiques, je me sers d'une bouteille remplie d'une solution de sublimé ; à son bouchon est adapté un tube de Mariotte. A l'un des tubes j'ajoute un tube de caoutchouc auquel est

adaptée une canule. La bouteille est renversée et le liquide s'écoule par le tube en caoutchouc.

M. C. Paul. — On a construit plusieurs appareils vide-bouteille, qui sont très portatifs et s'adaptent à n'importe quelle bouteille.

M. Berlioz. — M. Budin a déjà décrit et employé un appareil semblable à celui de M. Créquy. Les paquets de sublimé admis par l'Académie restent un temps assez long sans se détériorer, si les substances qui entrent dans leur composition sont bien sèches et si on conserve les paquets dans un endroit sec.

M. Huchard dépose sur le bureau plusieurs travaux sur les affections cardiaques: *du rythme couplé du cœur*, et *de la mort par la digitale; le traitement de l'angine de poitrine; les médications nuisibles de l'angine de poitrine; l'artérite chronique; l'artério-sclérose à type myo-valvulaire.*

M. Frémont lit une communication sur *l'entéro-colite pseudo-membraneuse traitée par le lavage de l'intestin avec l'eau de Vichy.* J'ai traité avec succès neuf malades atteints d'entéro-colite pseudo-membraneuse par des lavages de l'intestin avec de l'eau de Vichy. Le lavage doit se faire sur tout le gros intestin. Le sujet se couche sur le dos, le bassin légèrement élevé; il introduit profondément une sonde d'appareil pour lavage de l'estomac, verse l'eau minérale dans l'entonnoir et l'enlève pour faire pénétrer l'eau. Il se tourne ensuite à droite, reste sur ce côté pendant 10 à 15 minutes; puis revient du côté gauche et rend l'eau du lavage. Il faut de 1 à 2 litres pour faire un bon lavage. La température de l'eau doit être celle du corps. Ces lavages ne présentent aucun inconvénient, ni local, ni général. Très rapidement les selles deviennent moulées, bien liées, les coliques et les fausses membranes disparaissent.

Ce traitement présente une innocuité absolue. On pourrait craindre 2 inconvénients : l'irritation de l'intestin ; elle n'existe pas. J'ai eu l'occasion de faire absorber de l'eau minérale par le gros intestin chez des gens ayant l'estomac dilaté, dont le foie était gras, aucun accident n'a eu lieu. La seconde crainte est l'ancienne frayeur pour les alcalins. Nous sommes loin actuellement, de cette théorie. Je n'ai pas observé cette fameuse anémie à la suite de l'emploi de l'eau de Vichy. J'ai observé néanmoins une femme qui ne rendait que la moitié de ses lavements. L'état général n'en a pas souffert. A la suite de ces lavages, les malades se trouvent mieux, ils ne souffrent plus, ils mangent mieux, vont à la selle, reprennent des couleurs.

Discussion sur le traitement des maladies de l'estomac.

M. Bovet demande à M. Bardet ce qu'il entend par dyspepsie hyperchlorhydrique et les raisons pour lesquelles il y a hyperchlorhydrie; il expose la théorie de MM. Hayem et Winter. L'HCl se forme à l'état naissant dans l'estomac. Le sang est chargé de chlorure de calcium sécrété par les glandes, et décomposé ensuite en présence de cellules de revêtement. Il se formerait alors du phosphate de chaux, et l'HCl revient à l'état naissant. Mais de plus l'HCl se combine à des matières organiques. Cet HCl combiné doit dans la suite se décomposer au contact des matières organiques, mais il faut pour cela qu'il y ait ingestion d'aliments. MM. Hayem et Winter ont remarqué chez des chiens à fistule gastrique que, lorsqu'on injecte dans l'estomac de l'eau distillée, il y a un commencement de digestion et décomposition des chlorures minéraux. Chez certains individus il y a une décomposition trop rapide des chlorures, et il y a hyperchlorhydrie. Je voudrais poser quelques questions, à propos du régime des dyspeptiques. M. Bardet leur supprime la viande. Cependant les malades hyperclorhydriques que j'ai soumis à la viande crue s'en sont bien trouvés. Je crois que M. Bardet a été trop absolu. Il a certainement raison de donner le régime végétarien. Mais ce régime ne comporte pas seulement des végétaux ; il renferme du lait, des œufs. Mes malades ne se sont pas bien trouvés des légumes verts. Ils se trouvent mieux de l'ingestion des féculents. Je ne crois pas que ceux-ci donnent autant de gaz qu'on le dit.

M. Huchard. — Je demanderai à M. Bardet quelle quantité d'alcalins il ordonne à ses malades. Je ne partage pas son opinion au sujet du régime végétarien. J'arrive à des conclusions différentes de celles de M. Bardet dans le traitement de la dyspepsie hyperchlorhydrique. Mes malades atteints de cette maladie me répondent toujours qu'ils digèrent mieux la viande que les légumes. Je crois que l'alcalinophobie des médecins est très grave pour les malades. Je pense qu'il faut donner des alcalins à très haute dose aux hyperchlorhydriques. Il y a quelques années, M. Marfan a montré l'influence de la neurasthénie sur l'hyperchlorhydrie. Il faut agir sur le système nerveux par la gymnastique et par l'hydrothérapie.

M. C. Paul. — Il y a trente ans que Gendrin a parlé de la dyspepsie acide incessante, du traitement et de la guérison de cette maladie.

M. Huchard. — Il y a, dans la maladie de Reichmann, des choses très différentes de ce que l'on observe dans la dyspepsie acide de Gendrin et de Trousseau. Dans la dyspepsie hyperchlorhydrique (maladie de Reichmann) il y a augmentation de la sécrétion stomacale et les douleurs persistent pendant 4 heures après le repas. Je ne crois pas que Gendrin ait employé les alcalins à haute dose dans la dyspepsie acide.

M. Bardet. — Très souvent ce traitement ne s'adresse pas aux mêmes cas. Je me suis arrêté, dans mon traitement, au type de malades désignés par nos pères comme atteints de rhumatisme viscéral. Je veux ignorer la quantité d'HCl contenu dans l'estomac pendant la digestion. J'ai groupé un certain nombre d'individus ayant de l'hyperchlorhydrie, mais pas de dilatation. J'ai surtout parlé de l'antisepsie intestinale, du régime végétarien avec œufs et lait. Mais je ne crois pas que l'on puisse trouver de malades hyperchlorhydriques chez lesquels la viande soit digérée au bout de 3 heures. La peptonisation n'est faite qu'après 5 ou 6 heures. Je ne méprise pas le traitement par les alcalins, je le conseille; mais je ne donne pas de bicarbonate de soude en aussi grande abondance que vient de le dire M. C. Paul. Si on met dans l'estomac des alcalins en grande quantité, il se forme assez d'HCl pour neutraliser le bicarbonate de soude ingéré.

M. Labbé. — C'est une erreur de croire qu'on alcalinise l'estomac dans la dyspepsie acide, au moyen du bicarbonate de soude. Je n'ai jamais vu de malade guérir par ce procédé. Je crois que le traitement institué par M. Bardet est le meilleur.

M. Dujardin-Beaumetz. — Si nous connaissions dans l'hyperchlorhydrie la cause de l'origine de l'acide, on pourrait s'adresser à cette cause. Mais, malgré les recherches physiologiques, nous ne savons pas et nous sommes encore plus ignorants au point de vue pathologique. Nous savons que pour faire sécréter le suc gastrique il suffit d'introduire de la viande dans l'estomac. Le suc devient de plus en plus actif, de plus en plus acide. Il est démontré qu'après l'introduction de petites quantités de bicarbonate de soude il se produit de l'HCl. Je crois qu'il y a deux grandes formes de dyspepsies : une irritative, une atonique. Les hyperchlorhydriques souffrent beaucoup après leur repas. Ces malades en arrivent à ne pas manger. Les dyspepsies putrides sont sans douleur. Dans les dyspepsies irritatives, il faut donner peu d'alcalins, laisser faire peu d'exercice, tâcher de donner des aliments qui puissent fournir le moins de suc gastrique possible, afin que ces malades souffrent peu. Voilà pourquoi je crois qu'il ne faut pas donner de viande.

M. Huchard. — J'arrive à voir que, plus on discute sur ces formes, moins on s'entend. M. Bardet a dit que quand l'hyperchlorhydrique mange, il souffre. J'ai vu toujours que les hyperchlorhydriques ne souffrent pas, tandis que les hypochlorhydriques souffrent. L'hyperchlorhydrique n'a pas besoin d'antiseptiques gastriques; l'hypochlorhydrique en a besoin.

A. Raoult.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 23 novembre 1892. — Présidence de M. Cornil.

M. Napias annonce que le *banquet* annuel de la Société aura lieu le 10 décembre, à l'Hôtel Continental.

M. le Dr H. Legrand (de Suez) lit un mémoire sur *l'hôpital français de Suez.* Fondé à l'époque des grands travaux du canal, cet établissement a été mis sous la protection du gouvernement français et dépend du ministère des Affaires étrangères qui lui sert une subvention annuelle de 6.000 francs environ. En 1889, les blessés et les fiévreux étaient soignés dans les mêmes salles; les plaies d'amputation pansées avec le

cérat, la charpie et les cataplasmes; l'antisepsie totalement ignorée. Les réformes ont commencé par l'éducation du personnel secondaire. Le *Manuel de l'Infirmière* et les *Cours de la Salpêtrière* de M. le Dr Bourneville, le *Manuel du brancardier de la Croix-Rouge*, le *Manuel d'assistance aux opérations* de P. Thiéry ont été mis entre les mains des sœurs infirmières; une salle d'opérations a été construite d'après les règles de l'hygiène chirurgicale; un pavillon d'isolement pour les contagieux a été ouvert; un filtre Pasteur pouvant donner 200 litres d'eau pure, chaque jour, a été installé; la surveillance, l'hygiène, la nourriture, la balnéation ont été perfectionnées ou instituées. La moyenne des malades entrés pendant les dix dernières années est de 95. Le chiffre des entrées en 1890 a été de 105, en 1891 il a déjà atteint 170. Pendant ces deux années 85 malades ont été soignés en chirurgie; 6 ont succombé, entrés qu'ils étaient dans des conditions véritablement très mauvaises pour le succès de l'intervention. Parmi les opérations pratiquées avec un plein succès, on note: hernie étranglée, ostéotomie et suture du corps du fémur, laparotomie, abcès du foie, diverses amputations des membres, résection de la branche montante du maxillaire supérieur, amputation du sein, etc., etc. L'administration de la Marine et des Colonies qui débarque souvent ses malades d'urgence à l'hôpital égyptien de Port-Saïd devrait utiliser l'hôpital français de Suez qui se présente aujourd'hui dans des conditions nouvelles. Pendant l'hiver, on y pourrait installer une station intermédiaire entre la chaleur des pays tropicaux et le mistral de la Méditerranée. Il est bon d'ajouter que l'hôpital français compte la marine anglaise dans sa clientèle et a reçu, au commencement de cette année, une lettre de remercîments que lui adressait le doyen des officiers de la mer Rouge, au nom des lords de l'Amirauté.

M. Bechmann. — *Enquête statistique sur l'hygiène urbaine des villes françaises.* — On avait envoyé des questionnaires à toutes les villes ayant plus de 5,000 habitants; toutes ont répondu, au nombre de 691, et comprenant plus de 12 millions d'habitants. Sur 691 villes, 113 ne boivent que de l'eau de rivière, 215 de l'eau de source, 215 de l'eau de nappe : la mortalité de ces différentes villes a été à peu près la même, alors que l'alimentation en eau était différente. Le volume moyen d'eau consommée a été de 111 litres par habitant. 148 villes ont des égouts; 27 villes conduisent leurs eaux dans des prairies, 17 dans des ruisseaux, 337 dans les rivières, 40 à la mer.

M. Letulle. — *Les phtisiques à l'hôpital.* — L'auteur insiste sur l'encombrement toujours croissant des phtisiques dans les hôpitaux, et montre que ces malades ne reçoivent pas les soins que nécessite pourtant leur état. Il demande que ces malades ne soient pas gardés à Paris, mais envoyés dans le Midi, en Algérie ou en Tunisie, dans des contrées où ils seront dans de meilleures conditions pour guérir.

M. Napias. — Au lieu de dépenser de l'argent pour les phtisiques, ne faudrait-il pas plutôt chercher à en diminuer le nombre par une bonne hygiène, par l'assainissement des logements contaminés?

M. Martin. — La ville, depuis plusieurs mois, a eu à faire un grand nombre d'assainissements de logements de tuberculeux; un tiers des désinfections a été fait pour des tuberculeux.

MM. Cheysson et Lagneau prennent part à la discussion.

Martha.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 14 novembre 1892. — Présidence de M. Demange.

Un cas d'infanticide par l'ingestion d'un potage contenant des fragments d'éponge.

M. Motet lit au nom de M. le Pr Cazeneuve, de Marseille, une note sur un cas très singulier d'infanticide. Il s'agit d'un enfant de 5 mois qui mourait subitement en mai 1891 sans avoir présenté antérieurement le moindre symptôme morbide. On ne songea pas d'abord à un crime et ce n'est que 16 mois après que le parquet, mis au courant de certains détails et soupçonnant un crime, ordonna l'exhumation du petit cadavre. Ce n'était plus qu'un squelette entouré d'une masse informe. On sépara tant bien que mal le contenu de la cavité thoracique et celui de la cavité abdominale. Les recherches portées sur la découverte de substances toxiques telles que l'arsenic, le plomb, le mercure restèrent négatives; en revanche, on trouva dans les matières provenant de la cavité abdominale huit parcelles de substance grise, noirâtre, élastique qui après des lavages répétés furent reconnues comme étant des fragments d'éponge; en effet, l'incinération de ces fragments donna un résidu siliceux. M. Cazeneuve pense que l'ingestion de ces fragments d'éponge suffisait pour déterminer la mort. Il rapporte à ce sujet l'usage qui existe dans certains pays de tuer les chiens et les chats en leur faisant avaler de petites éponges imbibées de graisse; ces morceaux d'éponge en se gonflant dans l'intestin déterminent une obstruction et la mort survient au bout de très peu de temps au milieu de vomissements et de convulsions. En se fondant sur ces considérations et sur le fait que les huit morceaux d'éponge retrouvés dans le contenu de la cavité abdominale présentaient une section très nette le médecin légiste conclut qu'on avait dû les faire absorber à l'enfant dans du potage ou du lait. Sur cette conclusion, l'accusé fut condamné aux travaux forcés à perpétuité. Observation médico-légale tout à fait rare, peut-être même unique dans son genre.

Relation médico-légale d'une affaire d'avortement.

M. Vibert communique un travail sur les avortements criminels par injections intra-utérines directes pratiquées par la fille T... sur 72 femmes. Lors de son procès récent, T... a affirmé qu'elle ne s'était jamais servi ni du spéculum, ni du toucher vaginal et qu'elle n'avait eu recours qu'à des injections d'eau ordinaire dans l'orifice du col. M. Vibert a répété ces expériences sur le cadavre, et ce n'est que très rarement qu'il est arrivé à faire, dans ces conditions, une injection intra-utérine. Aussi, on comprend pourquoi chez presque toutes les femmes, l'accusée a dû recommencer ses manœuvres abortives plusieurs fois. Dans un cas seulement est survenue la mort au moment même où l'on commençait l'injection, la canule étant engagée dans la cavité utérine. La mort ne peut s'expliquer, dans ce cas, que par une action réflexe. Certains états physiologiques, tels que la période digestive, la température de la chambre, n'ont pas été sans influence sur la production d'une foule de troubles nerveux observés chez les femmes opérées par la fille T...

J. Roubinovitch.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 17 novembre 1892. — Présidence de M. Salmon.

M. Hervé présente des *moulages de cerveaux*, qui confirment la loi du plissement de cet organe chez les Mammifères. On sait que cette disposition est provoquée par la taille de l'animal que l'on considère. Ainsi les petits rongeurs ont le cerveau lisse, par opposition au cabiai qui l'a très plissé. Tandis que les grands ruminants ont le cerveau très plissé, celui du petit chevrotain de Java est lisse, etc... En effet, le volume du cerveau s'accroît plus rapidement, comme le cube des rayons, que la surface qui ne s'accroît que comme le carré des rayons et par suite est amenée à se plisser.

M. André Lefèvre offre à la Société son livre sur les langues et les races, qui est le résumé des leçons faites à l'Ecole d'Anthropologie l'année dernière.

M. Gabriel de Mortillet offre une brochure sur les *brèches osseuses* des Pyrénées-Orientales.

M. Hervé présente à la Société deux *crânes*, un de *Fuégien*, et l'autre d'*Européen*, sur lesquels on observe l'oblitération de la suture sagittale. Cette synostose prématurée a amené le développement du cerveau dans le sens antéro-postérieur et vertical à défaut du diamètre transverse empêché dans son accroissement. Aussi les sujets présentent-ils une dolichocéphalie anormale, un front bombé, et un occipital en retrait. C'est le début de la scaphocéphalie, dont le mécanisme a été étudié par Virchow. Le crâne de Fuégien présente une crête le long des sutures métopique, sagittale. Mais, comme le fait remarquer M. Deniker, cette crête est une caractéristique ethnique des Fuégiens, et il ne faudrait pas la rapporter à la synostose de la sagittale.

M. Viret fait une communication sur des *cabanes préhistoriques* qu'il a découvertes dans la vallée du Loing; elles

datent de l'époque néolithique. Leur forme est carrée, particularité très intéressante, car jusqu'à présent on n'avait relevé que des cabanes rondes datant de cette époque. Les murailles ne devaient pas s'élever à plus de 40 à 50 centimètres de hauteur, le reste étant en bois. Le sol des cabanes était calciné, ce qui prouve l'usage du feu dans leur intérieur même. Enfin elles étaient rangées en séries, formant la moitié d'une rue.

M. DENIKER a rapproché les Botocudos des Fuégiens et considère ces deux races comme représentant aujourd'hui les races préhistoriques éteintes de Lagoa Santa. A l'appui de cette théorie, M. Teu-Kate écrit de la République Argentine qu'il a mesuré 300 crânes d'indiens des Pampas. Un grand nombre est brachycéphale. Mais six ou sept ont le caractère des crânes Fuégiens, offrant ainsi une persistance atavique et un grand nombre offre des caractères intermédiaires.

M. LETOURNEAU commence la lecture d'un mémoire sur la *race polynésienne* ; la suite en sera continuée à la prochaine séance.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. — **La mortalité des enfants du premier âge et la Loi Roussel**; par le Dr LATAPIE. — Paris, 1892. Société d'éditions scientifiques.

II. — **De la valeur et des effets du lait bouilli et du lait cru dans l'allaitement artificiel**; par le Dr H. DROUET. — Paris, 1892. Société d'éditions scientifiques.

III. — **De la tuberculose chez les enfants**; par M. le Dr AVIRAGNET. — Paris, 1892. Alcan, éditeur.

IV. — **Sulla difterite primitiva cronica delle narici**; par le Dr Luigi CONCETTI. — Naples, 1892. Extrait des *Arch. Ital. de Laryngologie*.

V. — **Guide des mères dans les maladies des enfants**; par le Dr E. GOLAY. — Genève, 1892, H. Georg., éditeur. Paris, 1892, G. Carré, éditeur.

I. — Emu des ravages faits par l'allaitement artificiel et par l'industrie nourricière, M. Latapie propose des remèdes radicaux qui certainement sont inapplicables. Par exemple, il veut qu'on remplace la loi Roussel par cet article : « Nulle femme ne peut se charger d'un nourrisson, hormis le cas où son propre enfant est mort, ou bien a dépassé l'âge de 18 mois. » D'autre part, il demande la création d'asiles maternels recevant non seulement les femmes sur le point d'accoucher, mais encore tous les enfants qu'on y portera ; à Paris, ces crèches devraient être en état de recevoir au moins 25,000 enfants. « *Peut-être, dans cette multitude qui de loin paraît confuse et obscure, se trouvera quelque jour un Duguesclin, une Jeanne d'Arc, un Pascal, un Ampère !* » Où trouver les ressources nécessaires ? Cela n'embarrasse pas l'auteur ; son ardeur n'en est point refroidie. L'exagération des conclusions enlève à cette brochure la part d'intérêt que mérite la question.

II. — L'auteur s'efforce de démontrer que l'ébullition ne fait perdre au lait aucune de ses propriétés essentielles, que le lait bouilli est bien digéré par la plupart des enfants. Il est incontestable, en outre, que le lait bouilli se conserve mieux que le lait cru ; en été, notamment, il est impossible de conserver le lait sans le faire bouillir. D'autre part, le lait cru peut être le véhicule de maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la maladie aphteuse, la tuberculose. A ce seul point de vue, la stérilisation du lait par la chaleur s'imposerait. M. Drouet a donc pleinement raison de soutenir qu'il faut faire bouillir le lait destiné à l'allaitement artificiel. J'irai même plus loin et je dirai qu'il faut toujours et partout faire bouillir le lait, à quelque usage qu'il soit destiné. Il y a 7 ans, dans ce journal même, j'avais soutenu que le lait cru était préférable au lait bouilli ; cette opinion n'est plus acceptable ; elle a été réfutée par les progrès de la science, et je l'abandonne sans regret. Enfants ou adultes, malades ou bien portants, nous devons tous stériliser le lait avant de le consommer. Les dangers auxquels nous expose le lait cru sont trop évidents pour hésiter. On ne peut donc qu'approuver les conclusions du travail intéressant de M. Drouet.

III. — La thèse de M. Aviragnet est très intéressante ; elle a pour but, non seulement de démontrer la fréquence de la tuberculose infantile, mais encore de signaler et de décrire les principales formes cliniques de cette maladie chez les enfants. M. Landouzy et ses élèves (Queyrat, Aviragnet, etc.) s'efforcent, depuis plusieurs années, de prouver, par la statistique, l'extrême fréquence de la tuberculose chez les enfants du premier âge. Pour ce qui est de la tuberculose pulmonaire, je crois qu'ils exagèrent et qu'ils ont trop de tendance à généraliser des résultats particuliers influencés par le milieu (crèche de l'hôpital Tenon). Je n'en veux pour preuve qu'une observation même de la thèse de M. Aviragnet. Une femme entre à la crèche avec son jeune enfant ; elle meurt ; son autopsie est négative au point de vue de la tuberculose. Son enfant, qui a séjourné longtemps dans la salle commune, meurt à son tour, et l'autopsie montre qu'il a succombé à la tuberculose. Cette tuberculose a été contractée à l'hôpital. Il doit en être souvent ainsi dans l'atmosphère empestée de nos hôpitaux, qui rend si meurtrier, aux petits enfants, le séjour dans les salles. Si l'on observe en ville, dans une policlinique, dans un dispensaire, on acquiert la conviction que la tuberculose pulmonaire est rare chez les enfants de moins de deux ans ; je ne la rencontre presque jamais sur les milliers d'enfants qui fréquentent mon dispensaire.

Ces réserves faites, voici les principaux points exposés par M. Aviragnet : on distingue les *tuberculoses généralisées* et les *tuberculoses localisées*. Parmi les premières, il y a lieu de décrire : 1° *une infection tuberculeuse généralisée suraiguë* ; 2° *une infection généralisée aiguë guérissable* ou *fièvre continue tuberculeuse* (Aviragnet) ou *typho-bacillose* (Landouzy) ; 3° *une forme granulique* : 4° *une forme subaiguë* ; 5° *une forme chronique*. Parmi les secondes, il faut passer en revue tous les viscères et distinguer encore des formes aiguës et chroniques (broncho-pneumonies caséeuses, tuberculose pulmonaire, intestinale, péritonéale, hépatique, méningée).

M. Aviragnet admet, quoiqu'elle soit rare, l'hérédité directe (hérédité de graine) soutenue par MM. Landouzy et H. Martin ; pour lui, la contagion se ferait plus par l'air que par les aliments. Je retiens ce dernier point qui confirme encore mes craintes sur la contagion nosocomiale.

IV. — La diphtérie des fosses nasales est généralement considérée comme une complication de la diphtérie du pharynx. Cependant les fosses nasales peuvent être atteintes primitivement, soit dans le mode aigu, soit dans le mode chronique. Il y a une diphtérie prolongée des narines, comme il y a une diphtérie prolongée du larynx et de la trachée. L'auteur a pu le démontrer, non seulement par l'examen direct des fausses membranes, mais encore par la bactériologie. Il en résulte qu'il faut veiller beaucoup à l'état des narines et détruire, par des injections antiseptiques, ce foyer parfois ignoré de diphtérie.

V. — Ce livre ne s'adresse pas aux médecins, et nous pourrions nous abstenir d'en faire la critique. Sera-t-il lu par celles pour qui il a été écrit ? Il est permis d'en douter. Le nombre des matières médicales accessibles au grand public est très restreint, et c'est perdre son temps que de vouloir vulgariser la connaissance des maladies et de leurs remèdes. Ecrire un livre pour les médecins est déjà fort difficile ; pour les mères de famille, cela me paraît impossible. M. Golay, en fin de compte, ne trouvera de lecteurs que parmi les médecins auxquels il ne s'est pas adressé, parce que rien de ce qui est médical ne leur est étranger. Ces médecins trouveront naturellement que la partie médicale de l'ouvrage est trop sommaire, trop peu instructive pour eux. Mais, par exemple, ils approuveront tous la partie hygiénique, celle qui traite des soins à donner aux enfants, de la confection des tisanes, de la propreté, etc. Tout cela va bien à son adresse, tout cela peut être compris par les mères et par les gardes-malades. A mon humble avis, M. Golay aurait pu réduire son livre à la partie qui traite de l'*hygiène des enfants malades, de leur régime, de la préparation et administration de quelques remèdes usuels*. Voilà pour les mères : le reste ne sera pas compris par elles.

J. C.

VARIA

La loi sur l'exercice de la médecine.

La loi sur l'exercice de la médecine a été votée mardi dernier au Sénat, grâce à l'activité de M. le Pr Cornil, sénateur. Nous en donnons le texte définitif. D'ailleurs il y a peu de différences entre cette rédaction et celle que nous avons publiée récemment.

La Chambre avait accepté, sauf une, toutes les modifications apportées dans le projet de loi par le Sénat; elle n'a, en effet, repoussé que celle qui interdisait (art. 11) l'exercice simultané de la profession de médecin ou de dentiste avec celle de pharmacien. Il a paru que cette disposition serait mieux placée dans la loi sur l'exercice de la pharmacie. Le Sénat s'est rangé à l'avis de la Chambre et, après avoir rejeté divers amendements, a voté l'ensemble de la loi que voici : M. B.

Titre premier.

Conditions de l'exercice de la médecine.

Article premier. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat (Facultés, Ecoles de plein exercice et Ecoles préparatoires réorganisées conformément aux règlemements rendus après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique).

Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens subis dans une école préparatoire réorganisée comme il est dit ci-dessus.

Titre II.

Conditions de l'exercice de la profession de dentiste.

Art. 2. — Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

Titre III.

Conditions de l'exercice de la profession de sage-femme.

Art. 3. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1re ou de 2e classe délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Un arrêté pris après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions de scolarité et le programme applicable aux élèves sages-femmes.

Les sages-femmes de 1re et de 2e classe continueront à exercer leur profession dans les conditions antérieures.

Art. 4. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine ou un officier de santé.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations anti-varioliques.

Titre IV.

Conditions communes à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de la profession de sage-femme.

Art. 5. — Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents.

Des dispenses de scolarité et d'examens pourront être accordées par le Ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves.

Art. 6. — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Cette autorisation, délivrée par le Préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

Art. 7. — Les étudiants étrangers qui postulent, soit le diplôme de docteur en médecine visé à l'article premier de la présente loi, soit le diplôme de chirurgien-dentiste visé à l'article 2, et les elèves de nationalité étrangère qui postulent le diplôme de sage-femme de 1re ou de 2e classe visé à l'article 3, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Toutefois il pourra leur être accordé, en vue de l'inscription dans les Facultés et Ecoles de médecine, soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades français requis pour cette inscription, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'etranger.

Art. 8. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

Art. 9. — Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement. Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le délai.

Ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent faire enregister leur titre dans les mêmes conditions.

Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous les peines édictées à l'article 18.

Art. 10. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes visés par la présente loi. Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux Ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice. La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du Ministre de l'Intérieur.

Art. 11. — L'article 2272 du Code civil est modifié ainsi qu'il suit :

« L'action des huissiers, pour le salaire des actes qu'ils signifient, et des commissions qu'ils exécutent;

« Celle des marchands, pour les marchandises qu'ils vendent aux particuliers non marchands;

« Celle des maitres de pension, pour le prix de pension de leurs élèves; et des autres maitres, pour le prix de l'apprentissage ;

« Celle des domestiques qui se louent à l'année, pour le paiement de leur salaire ;

« Se prescrivent par un an;

« L'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par deux ans. »

Art. 12. — L'art. 2,101 du Code civil, relatif aux privilèges généraux sur les meubles, est modifié ainsi qu'il suit dans son § 3 :

« Les frais quelconques de la dernière maladie, qu'elle en ait été « la terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dus. »

Art 13. — A partir de l'application de la loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en association syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérets professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes.

Art. 14. — Les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français. Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811, en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

Le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux.

Art. 15. — Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidemiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant.

La liste des maladies épidémiques, dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel, sera dressé par arrêté du Ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode des declarations des dites maladies.

Titre V.

Exercice illégal. — Pénalités.

Art. 16. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la présente loi, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections

chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée.

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées par l'exercice de sa profession par l'article 4 de la présente loi.

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux gardes-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.

Art. 17. — Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les médecins, chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, les syndicats visés dans l'article 13 pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 du Code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public.

Art. 18. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 francs, et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs.

L'exercice illégal de l'art des accouchements est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 19. — L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire, avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, est puni d'une amende de 1,000 à 2,000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 2,000 à 3,000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de dentiste sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1,000 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de sage-femme sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1,000 francs et d'un emprisonnement de un mois à deux mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 20. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère. Il sera puni d'une amende de 100 à 200 francs.

Art. 21. — Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 15 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs.

Art. 22. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

Art. 23. — Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article précédent.

Art. 24. — Il n'y a récidive qu'autant que l'agent du délit relevé a été, dans les cinq ans qui précèdent ce délit, condamné pour une infraction de qualification identique.

Art. 25. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les cours et tribunaux, accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme, qui est condamné :

1° A une peine afflictive et infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 335 du Code pénal ;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une Cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

En cas de condamnation prononcée à l'étranger pour un des crimes et délits ci-dessus spécifiés, le coupable pourra également, à la requête du ministère public, être frappé, par les tribunaux français, de suspension temporaire ou d'incapacité absolue de l'exercice de sa profession.

Les aspirants ou aspirantes aux diplômes de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste et de sage-femme condamnés à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur.

La peine de l'exclusion sera prononcée dans les conditions prévues par la loi du 27 février 1880.

En aucun cas, les crimes et délits politiques ne pourront entraîner la suspension temporaire ou l'incapacité absolue d'exercer les professions visées au présent article, ni l'exclusion des établissements d'enseignement médical.

Art. 26. — L'exercice de leur profession par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 17, 18, 19, 20 et 21 de la présente loi.

Art. 27. — L'article 463 du Code pénal est applicable aux infractions prévues par la présente loi.

Titre VI.

Dispositions transitoires.

Art. 28. — Les médecins et sages-femmes venus de l'étranger, autorisés à exercer leur profession avant l'application de la présente loi, continueront à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée.

Art. 29. — Les officiers de santé reçus antérieurement à l'application de la présente loi et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine et l'art dentaire sur tout le territoire de la République. Ils seront soumis à toutes les obligations imposées par la loi aux docteurs en médecine.

Art. 30. — Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles : 1° un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine ; 2° un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires ci-après pourra obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste.

Art. 31. — Les élèves qui, au moment de l'application de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé, pourront continuer leurs études médicales et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Art. 32. — Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892.

Les dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du paragraphe précédent tomberont sous le coup des peines portées au deuxième paragraphe de l'article 19.

Art. 33. — Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventose an XI ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs.

Art. 34. — La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.

Art. 35. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies et fixeront les dispositions transitoires ou spéciales qu'il sera nécessaire d'édicter ou de maintenir.

Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les épreuves qu'auront à subir, pour obtenir le titre de docteur, les jeunes gens des colonies françaises ayant suivi les cours d'une Ecole de médecine existant dans une colonie.

Art. 36. — Sont et demeurent abrogés, à partir du moment où la présente loi sera exécutoire, les dispositions de la loi du 19 ventose an XI et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi.

Incident de l'hôpital Saint-Antoine. — Manifestations multiples. — Suspension des Concours de l'Internat et de l'Externat.

Le 14 novembre dernier, au cours d'une visite que faisait la 5e commission du Conseil municipal à l'hôpital Saint-Antoine, « un *incident minime*, dit M. Strauss, s'est produit, incident dont la presse et les étudiants ont cru devoir exagérer la portée. Nous avions parcouru, ajoute-t-il, la plus grande partie de l'hôpital Saint-Antoine, recevant des médecins, des internes, des externes, des étudiants et de tout le personnel médical l'accueil accoutumé... En pénétrant dans une salle, nous aperçûmes à l'entrée un groupe de jeunes gens ayant leur chapeau sur la tête et dont l'un fumait... M. le directeur

de l'hôpital s'approcha du groupe, et, avec une timidité extrême, il fit remarquer à ces Messieurs qu'ils avaient une attitude incorrecte... Je me joignis à M. le directeur, en disant aux jeunes gens : « Je m'étonne que vous vous conduisiez ainsi dans une salle d'hôpital. » Tous les collègues de M. Salmon comprirent qu'ils avaient manqué aux égards et à la considération due aux malades...

« Je dis à M. Salmon, avec la courtoisie que vous me connaissez : « Nous sommes ici une Commission municipale, et, si cette qualité ne vous suffit pas, j'ai en même temps le privilège et l'honneur d'être membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, de qui vous dépendez et qui a pour mission particulière de surveiller et d'inspecter les établissements hospitaliers. »

« M. Salmon répondit : « Que me voulez-vous ? Pourquoi me cherchez-vous querelle ? » Je lui dis : « A quel titre êtes-vous ici ? » — « A un titre sérieux ». — « Mais encore ? » Le directeur continuant à garder le silence, je dis au jeune homme : — « Veuillez donner votre nom à M. le directeur. » J'ajoute qu'il eût appartenu au directeur de prendre ce rôle et de m'éviter ainsi d'exercer un métier disciplinaire qui n'est pas dans mes habitudes. Le directeur se décida à interroger M. Salmon qui répondit : « Je ne veux pas vous dire mon nom aujourd'hui, je vous le dirai demain. »

Nous continuons à citer M. Strauss :

« Le directeur de l'hôpital dit alors à M. Salmon, qui refusait de donner son nom : « C'est entendu, j'ai confiance en vous, vous me donnerez votre nom demain. » Et j'ajoutai à haute voix : « Monsieur le Directeur, j'espère que vous ferez un rapport à Monsieur le Directeur de l'Assistance publique et que cet incident aura la suite qu'il comporte. » Le lendemain, M. le Directeur de l'Assistance publique fut saisi par M. le Directeur de Saint-Antoine d'un rapport sur l'incident. A la séance de la Commission, mardi dernier, M. le Directeur de l'Assistance publique exprima ses regrets de ce qui s'était passé et nous annonça son intention de révoquer le jeune étudiant. M. Peyron ajouta que, si la Commission croyait devoir intercéder en faveur du délinquant, il déclarait d'avance qu'il se ferait un plaisir de se montrer indulgent. Mercredi, M. Salmon vint me trouver et m'exprima ses regrets de la manière la plus correcte. A la suite de cette visite, je demandai à M. le Directeur de l'Assistance publique, au nom de la cinquième Commission, de commuer la révocation en une suspension jusqu'au 1er janvier. M. Salmon se déclara satisfait. »

Il ressort de cet exposé, que nous empruntons au *Bulletin municipal* du 22 novembre : 1° que le « délinquant » s'est reconnu dans son tort puisqu'il a fait des excuses ; 2° que, contrairement à ce qu'avance la *Gazette des Hôpitaux* du 22 novembre, M. Peyron n'a jamais signé la révocation de M. Salmon et qu'il n'a fait qu'indiquer son intention de le révoquer, déclarant d'avance qu'il se ferait un plaisir de se montrer indulgent si la Commission intéressée y consentait. Nous ajouterons en troisième lieu que, contrairement encore aux assertions de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Peyron a entendu M. Salmon, ainsi que cela doit *toujours* être de règle en pareille circonstance.

Les défenseurs de M. Salmon, MM. G. Berry, M. Binder, Riant, Quentin-Bauchart, Alpy, Deville, Froment-Meurice, Ferdinand Duval, Cochin, Lerolle, Odelin, membres de la droite, ont proposé un ordre du jour demandant que la punition soit levée, « tout en regrettant l'incident causé par l'attitude de M. Salmon. » L'ordre du jour pur et simple a été adopté par 62 votants contre 12 (droite). Le samedi 19, M. Peyron a signé l'arrêté de suspension jusqu'au 1er janvier. Le soir, au concours de l'externat, manifestation à l'Assistance publique, puis à l'Hôtel de Ville, enfin à la Faculté de médecine. Nouvelle manifestation le lundi 21, au concours de l'internat, à la suite de laquelle l'Administration a pris un arrêté suspendant provisoirement les concours de l'externat et de l'internat. Mardi soir, 22 novembre, réunion à l'Amphithéâtre de l'Ecole pratique. Voilà les faits qui ont succédé à un incident bien minime.

Nous ne ferons pas de commentaires ; nous ne parlerons pas non plus des bruits qui courent au sujet des prétendus dessous de ces manifestations. Nous nous bornerons à dire que nous croyons que les internes des hôpitaux et les externes, candidats à l'internat, en très grande majorité, et, en tête, M. Salmon, n'ont pas pris part à ces premières manifestations. Nous rappellerons que M. Peyron, se souvenant qu'il est médecin et ancien élève des hôpitaux, s'est toujours montré bienveillant envers le corps médical et qu'il a tout fait, dans la mesure du possible, pour aider les médecins dans leurs entreprises scientifiques, ce qu'on lui a parfois et vivement reproché.

Nous rappellerons aussi que le Conseil municipal, qui a le droit et le devoir de visiter régulièrement tous les hôpitaux et hospices, établissements municipaux pour lesquels il donne chaque année une vingtaine de millions, a voté des subventions pour la création des *bibliothèques*, des *musées* et des *laboratoires* des hôpitaux ; qu'il a augmenté l'indemnité des internes et des médecins du Bureau central et qu'il est désireux d'organiser, pour les étudiants, un enseignement clinique complet leur permettant de faire plus facilement leurs études médicales.

B.

Jeudi, 24 novembre, dans la matinée, les internes des hôpitaux ont reçu un télégramme anonyme les convoquant à une réunion qui devait avoir lieu dans l'Amphithéâtre de l'Assistance publique. A cette réunion, où n'assistaient pas seulement que des internes, on a proposé la grève générale. M. Dufournier, interne à la Charité, a parlé dans ce sens. M. J.-B. Charcot s'est énergiquement élevé contre toute idée de grève. M. Berger a proposé alors de se mettre en grève, mais en assurant le service de garde, et en demandant que cette proposition soit soumise le lendemain à la signature de tous les internes et externes des hôpitaux. Cette proposition a été adoptée.

A 5 heures, une autre réunion, provoquée par les internes de la Pitié, a eu lieu à l'Amphithéâtre de l'Ecole Pratique. Il a été donné lecture de l'ordre du jour adopté par la réunion de l'Assistance publique. Cet ordre du jour a soulevé des protestations, et on a proposé de nouveau la grève générale. Le nom de M. Poirier ayant été alors prononcé de divers côtés, M. Poirier s'est rendu dans le grand amphithéâtre et a fait appel au calme. Il a démontré que l'incident avait été démesurément grossi et que l'envahissement de l'Hôtel de Ville avait tout gâté. « Je puis vous assurer, a-t-il ajouté, que tout peut s'arranger au mieux des intérêts de chacun, si vous me donnez l'assurance que vous laisserez faire en toute tranquillité la prochaine séance du concours de l'internat. Aussitôt que vous aurez donné cette preuve de votre modération, votre camarade, M. Salmon, sera réintégré. M. Strauss m'en a donné l'assurance.

« Vous aurez, de plus, une seconde satisfaction, celle de voir désormais les conflits que vous pourrez avoir avec l'administration soumis à l'arbitrage d'un jury spécial composé en partie de vos maîtres dans les hôpitaux, et en partie de membres du Conseil de surveillance. »

Cette déclaration a été accueillie à la fois par de nombreux applaudissements et par des huées. On a proposé de ne laisser recommencer les épreuves du concours qu'à la condition que, au moment même, M. Salmon serait réintégré dans ses fonctions. Cette proposition paraît avoir été adoptée, autant que nous avons pu en juger au milieu du grand tumulte qui s'est produit. — Vendredi, à 5 heures, il doit y avoir une nouvelle réunion à l'Ecole Pratique (Voir p. 464).

Association des Dames françaises.

L'Association des Dames françaises a tenu le 18 novembre son assemblée générale dans la salle des fêtes de l'Hôtel Continental, sous la présidence de M. Waldeck-Rousseau, ayant à sa droite Mme Foucher de Careil, présidente ; à sa gauche, M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la guerre ; M. le lieutenant de vaisseau Manès, représentant le ministre de la marine. Sur l'estrade avaient pris place un grand nombre de sénateurs et de députés, les présidentes des commissions, Mme l'amirale Jaurès, Coralie Cahen, Binot, Wurtz de Montmorand, de Lagorsse et 60 déléguées des comités départementaux faisant toutes une active propagande à l'instar de Mme Cornudet de la Creuse qui a obtenu dans ce département de si merveilleux résultats. Notons aussi Mlle Jamet, la si sympathique et dévouée propagandiste ; M. le Dr Duchaussoy, secrétaire général ; notre collaborateur Raphaël Blanchard, professeur à la Faculté de médecine, etc., etc.

Tout d'abord, lecture a été faite de différents rapports de Mme Lacroix, de Mme Richtenberger et de M. Duchaussoy. Les

dons faits en 1892 s'élèvent à 114.000 fr. pour l'armée et 9.000 fr. pour les victimes des calamités publiques. L'organisation des services médicaux a fait un grand pas et nos soldats du Dahomey, grâce au zèle des membres de l'Association des Dames françaises, ont été abondamment secourus

Parmi les progrès réalisés cette année, nous notons la création de cours spéciaux pour les jeunes gens de quinze à vingt ans qui veulent se dévouer aux secours des blessés en cas de guerre. Ces cours, qui ne se composent que de six leçons, se font au siège de l'Association, 6, rue Gaillon.

Dans une allocution patriotique, Mme Foucher de Careil, après avoir cité les nombreux traits d'héroïsme à l'actif des femmes, a fait appel aux femmes de bonne volonté qui tiendraient à honneur de soigner les blessés et a terminé en disant que la victoire et l'avenir étaient au peuple qui associait la femme à ses destinées. Nous approuvons de tout notre cœur ces éloquentes paroles.

M. Waldeck-Rousseau prend ensuite la parole et fait l'éloge de l'Association des Dames françaises, qui grandit tous les jours et mérite les sympathies de tous ceux qui s'intéressent au bien-être de l'armée et à la sécurité de la France : « Vous êtes, a-t-il dit en substance, une ressource nouvelle offerte à la patrie, et c'est un grand exemple que vous offrez en vous préparant à l'accomplissement des plus grands devoirs, en les regardant déjà face à face. « Comparant ensuite les conditions dans lesquelles les enfants étaient autrefois élevés avec celles d'aujourd'hui, l'orateur dit que, si les mœurs sont devenues plus douces, elles ne sont point devenues plus molles et qu'on retrouverait bien encore parmi nos jeunes gens les vertus de jadis. « La femme, dit-il, est la véritable éducatrice : c'est par nos mères que nous recevons l'éducation, la véritable éducation, et, si nous valons quelque chose, c'est parce qu'elles valaient beaucoup. Il serait excellent qu'il soit à la mode d'être un homme brave : d'ici qu'aient triomphé les beaux rêves de paix universelle, il faut tremper les courages et affermir les cœurs. » L'allocution de M. Waldeck-Rousseau a été fréquemment interrompue par d'unanimes applaudissements. L'excellente musique du 5e de ligne prêtait son concours à cette solennité.

Parmi les récompenses, citons 16 diplômes accordés aux Dames ambulancières et des médailles d'honneur décernées à M. Didiée, Dr Kuhff, capitaine Stoffel, Mme Lemaitre, Mme Faure, Dr Tissier, Dr Monnet, Mme Pochet de Rinau.

Nous sommes heureux d'annoncer que, les 8 et 9 décembre prochain, une grande vente de charité aura lieu au bénéfice de l'Association, dans les salons du Ministère des Affaires étrangères, à laquelle nous souhaitons le plus vif succès. A. ROUSSELET.

Laïcisation de l'Hospice National des aliénés de Rio-de-Janeiro.

Nous avons eu le plaisir de recevoir à Bicêtre, dans notre service, le Dr TEIXEIRA BRANDÃO, délégué du Brésil au Congrès d'Anthropologie criminelle de Bruxelles, actuellement à Paris en mission de son gouvernement.

Le Dr Brandão, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, lors de sa nomination au poste d'inspecteur général du service des aliénés, a complètement réorganisé ce service et a établi un bureau d'admission et deux colonies. Il a dû, cependant, lutter avec les plus grandes difficultés et même vaincre les répugnances du gouvernement pour enlever cet établissement à la puissante congrégation religieuse qui le dirigeait. Le décret qui a organisé l'assistance des aliénés ne visait en rien la laïcisation et laissait l'administration de l'Asile à la merci des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, qui en étaient les maîtresses absolues.

Le Dr Brandão, dans l'impossibilité de travailler avec de pareilles auxiliaires, et ayant constaté lui-même les heureux résultats obtenus dans les hôpitaux de Paris avec la laïcisation, a cherché le moyen de remplacer les religieuses par des infirmières laïques. Les religieuses ayant connu son projet, un matin, sont toutes parties sans tambours ni trompettes, croyant de cette façon faire capituler le gouvernement. Mais le Dr Brandão, tenace dans ses idées et fort de son droit, a continué son service, qui compte environ 800 malades, avec quelques infirmières de bonne volonté, jusqu'au moment où sont arrivées les infirmières laïques qu'il avait fait demander à Paris. Tout le personnel de l'hospice est absolument laïque depuis le 11 aout 1890, et son directeur n'a qu'à se louer de la résolution qu'il a prise. Deux des vingt laïques de Paris sont décédées; cinq ont quitté; les 13 autres sont restées fidèles à leur poste et ont l'estime de leurs chefs.

Le Dr Brandão a en outre fondé une Ecole d'infirmiers et d'infirmières, calquée sur le modèle de celle de Paris, ave c droit à la retraite au bout d'un certain nombre d'années et à une pension en cas d'invalidité dans le service.

Le Syndicat des gardes-malades.

Nous avons reçu le vendredi 16 novembre, dans l'après-midi, une lettre nous invitant à une réunion qui devait se tenir le soir même à la Bourse du travail. Cette réunion, était-il dit dans la lettre, avait pour but la création d'un syndicat des infirmiers et infirmières. Nous avons eu le regret de ne pouvoir y assister ou d'y envoyer l'un de nos collaborateurs. Nous ne connaissons donc ce qui s'y est passé que par les journaux.

Il est tout naturel que des personnes exerçant la même profession, ayant les mêmes intérêts, pensent à se réunir, à se grouper pour chercher à améliorer leur sort. Et, dans le cas particulier, il conviendrait aussi de songer à des améliorations intellectuelles, à se préoccuper sérieusement de l'instruction professionnelle des personnes qui veulent se syndiquer. C'est là, suivant nous, une condition indispensable pour soutenir en ville la concurrence de ces syndicats si bien organisés que l'on appelle les communautés religieuses.

D'après l'information du *Temps* (18 nov.), le but poursuivi intéresse surtout les infirmiers et infirmières ou gardes-malades de la ville. Ils se plaignent, non sans raison, des agences de placement « qui prélèvent le tiers du salaire de la garde », parce que, prétendent-elles, elles sont obligées de donner « des commissions, sous une forme quelconque, aux médecins et aux pharmaciens qui leur procurent des malades. » Ils se plaignent aussi « de la concurrence que leur font les communautés religieuses » La majorité de l'assemblée a constitué une Chambre syndicale et adopté les statuts du nouveau syndicat.

Le syndicat peut rendre de réels services aux gardes-malades de la ville et nous applaudissons à sa création. Depuis bien des années, pour rendre service aux élèves diplômées des Ecoles municipales, exerçant la profession de gardes-malades, nous avons demandé l'établissement à l'hôpital de la Pitié d'un *Registre* portant leur nom et leur adresse, registre qui serait mis à la disposition des médecins et des familles. Une copie de ce Registre devait être déposée au bureau de la direction des principaux hôpitaux. Enfin, nous demandions pour ces gardes-malades diplômées l'autorisation, dans l'intervalle de leur garde, de suivre les visites des médecins ou des chirurgiens qui y consentiraient, et de prendre part aux exercices pratiques de l'Ecole. Et cela dans le but, nous le répétons, d'arriver à leur faire acquérir une instruction professionnelle de plus en plus forte qui les mettrait en mesure de lutter victorieusement en ville contre les religieuses.

En ce qui concerne le personnel secondaire des hôpitaux et des asiles, le syndicat est-il utile ? Nous ne le croyons pas, tout en reconnaissant qu'ils ont la liberté de le fonder. Et nous allons en donner des raisons.

Le personnel secondaire comprend, on le sait : 1° les sous-employés : 2° les infirmiers et les infirmières. — Les sous-employés, c'est-à-dire les surveillants et surveillantes (7 à 900 francs), les sous-surveillantes (5 à 600 fr.), les suppléantes (400 francs), ont eu une amélioration de leur situation il y a 10 ans (1) ; ce sont elles qui correspondent aux surveillantes religieuses; ce sont elles qui ont remplacé les religieuses. Leur situation est modeste, il est vrai, mais elles s'en contentent. Elles ont dissipé peu à peu, à force de zèle, d'intelligence, de dévouement, d'obéissance, l'hostilité de certains médecins des hôpitaux, les préventions des autres : elles sont arrivées à conquérir l'estime, la considération de la grande majorité des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux. Un jour viendra sans doute où il en sera de même du côté des directeurs administratifs. Ceux-ci ne sont point placés comme les médecins ni à même d'apprécier la différence de plus en plus grande qui sépare les hospitalières laïques d'aujourd'hui, sous le rapport des services qu'elles peuvent rendre aux malades et aux médecins, des hospitalières religieuses et aussi des laïques d'il y a 20 ans. Les seules améliorations quelles peuvent désirer, en outre d'une plus grande considération de la part de l'Admi-

(1) Voir notre *Rapport sur le budget de l'Assistance publique*, pour 1878, p. 28 et 34 : pour 1879, p. 51.

nistration, concernent les logements et dans une certaine mesure la nourriture qui laisse souvent à désirer dans certains hôpitaux où elle est inférieure à celle qu'avaient les religieuses. Donc il n'y a pas à redouter de grève de la part des surveillantes laïques très attachées à leur service et les surveillantes religieuses se font une illusion complète si elles comptent sur une grève de leur part pour rentrer dans les hôpitaux.

En ce qui concerne les infirmiers et les infirmières proprement dits des hôpitaux et des asiles, nous ne voyons pas trop les avantages qu'ils peuvent tirer du syndicat, leur situation n'est nullement la même que celle des ouvriers vis-à-vis de leurs patrons, entre lesquels il n'y a pas d'intermédiaires auxquels ils puissent recourir. Les infirmiers et infirmières, au contraire, ont entre eux et l'administration municipale et départementale le Conseil municipal et le Conseil général, auxquels ils peuvent s'adresser. Ces Conseils n'ont jamais perdu de vue l'amélioration matérielle et intellectuelle des infirmiers et infirmières. Ils ont créé les écoles municipales et départementales d'infirmiers et d'infirmières, afin de permettre aux infirmiers et infirmières d'arriver aux grades supérieurs. Ils ont augmenté notablement le salaire des infirmiers et infirmières dans les hôpitaux et dans les asiles ; ils ont réclamé l'amélioration de la nourriture et des logements, améliorations qui ont été accomplies dans quelques hôpitaux, mais qui devraient l'être partout et promptement. Le Conseil général a créé des pensions de repos pour le personnel secondaire des asiles d'aliénés. Il a décidé que les années de service passées dans les hôpitaux et hospices, établissements municipaux, seraient comptées pour l'admission à la pension de repos du personnel des asiles. Nous avons demandé la réciproque pour l'admission à la pension de repos de l'Assistance publique. Nous espérons avoir un jour satisfaction. Nous avons réclamé souvent, nos nombreux discours aux distributions de prix en font foi, que les directeurs des hôpitaux montrent plus de bienveillance et moins de dureté envers le personnel secondaire, et ne renvoient pas, par exemple, sans motif très sérieux, de cinq, dix ou quinze années de bons services. On pourrait leur demander aussi un peu plus d'urbanité dans leur langage. Si quelques-uns témoignent de l'estime et de la bienveillance à leurs infirmiers et infirmières, ce n'est malheureusement pas la règle. Grâce à M. Peyron, il s'est produit, cependant, à cet égard, une heureuse, mais incomplète modification. Grâce à lui aussi, l'avancement se fait aujourd'hui dans des conditions équitables. Tous ces faits montrent les bonnes intentions suivies d'effet du Conseil général, du Conseil municipal et du Directeur de l'Assistance publique. C'est aux infirmiers et aux infirmières des établissements publics de provoquer par leur intervention directe sous forme de pétition ou par celle de leurs chefs de service les améliorations qu'ils peuvent désirer. En supposant, comme le désirent les journaux hostiles aux laïques, que les infirmiers et infirmières des hôpitaux se mettent en grève, nous ne voyons pas en quoi cela servirait à la réintégration des religieuses, car jamais elles ne consentiraient à faire la besogne pénible des infirmiers et des infirmières. Ce n'est pas la place de ceux-ci qu'elles réclament, mais, comme nous l'avons dit plus haut, celle des surveillantes, qui elles, nous le répétons, n'ont nullement le désir de donner satisfaction à leurs ennemies.

Voilà notre opinion sur la question ; voilà les idées que nous avons développées devant le reporter du journal « La Presse », qui a fait son article de mémoire et les a quelque peu défigurées. Il est un dernier point sur lequel nous avons insisté, c'est que les commissions administratives des hôpitaux de province, mal renseignées sur le but réel du syndicat, ne soient arrêtées dans leurs intentions de laïciser leurs établissements. B.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 28. — *2e de Doctorat* (*2e partie*) MM. Ch. Richet, Sraus, Sebileau. — *4e de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, Marie.

MARDI 29. — *2e de Doctorat* (*2e partie*) : MM. Mathias-Duval, Charrin, Heim. — *3e de Doctorat*, oral (*1re partie*) : MM. Guyon, Le Dentu, Bar. — *5e de Doctorat* (*1re partie*). Chirurgie. Charité. MM. Duplay, Drun, Albarran. — (*2e partie*) : MM. Cornil, Debove, Roger.

MERCREDI 30. — *2e de Doctorat* (*2e partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Sebileau. — *5e de Doctorat* (*1re partie*). Obstétrique. (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier.

JEUDI 1er. — Médecine opératoire : MM. Le Fort, Schwartz, Poirier. — *3e de Doctorat* (*2e partie*) : MM. Bouchard, Ballet, Marfan.

VENDREDI 2. — *5e de Doctorat* (*2e partie*). Charité. (*2e série*) : MM. Potain, Letulle, Netter. — (*1re série*) : MM. Straus, Joffroy, Brissaud. — (*1re partie*). (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier.

SAMEDI 3. — *5e de Doctorat* (*1re partie*) Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Nelaton, Brun. — (*2e partie*) : MM. Peter, Chantemesse, Ménétrier. — (*1re partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Bar, Quénu.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 30. — M. Demirleau. Contribution à l'étude de la pathogénie de la mort subite et de l'angine de poitrine dans l'insuffisance aortique. — Mlle Waisman. Contribution à l'étude des éruptions ou dermatoses suscitées ou réveillées par la vaccination. — M. Tellier. Traitement des fistules d'origine dentaire. — M. Le Mercier. Ankylose consécutive aux arthropathies rhumatismales et son traitement.

JEUDI 1er. — M. Lherbier. Traitement des fractures indirectes du Rachis (région dorso-lombaire). — M. Cadiergues. Contribution à l'étude des déchirures obstétricales du col.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. — M. le Dr A. DARIER. — Conférences de pathologie et de thérapeutique oculaires. Tous les jeudis à 2 h. 1/2. 172, boulevard Saint-Germain. Clinique du Dr Ch. Abadie.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er JUILLET AU 30 SEPTEMBRE 1892, PAR LE Dr PASSANT

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	24	18	6	48
2e	13	29	6	48
3	34	63	10	107
4	56	61	22	139
5	44	64	16	125
6	22	31	9	62
7	18	31	4	53
8	10	18	1	29
9	27	35	3	65
10	40	66	13	119
11	117	161	60	338
12	45	67	21	133
13	90	106	51	247
14	81	113	35	229
15	82	107	49	238
16	21	26	6	53
17	62	114	40	216
18	108	205	96	409
19	102	142	91	335
20	156	219	93	468
	1152	1676	633	3461

MALADIES OBSERVÉES.

A		**E**	
Angines et laryng.	97	Affect cérébrales	120
Croup	32	Eclampsie. Convuls.	78
Coqueluche	16	Tétanos	»
Corps étrangers de l'œsophage	»	Névralgies	42
Otite	»	Névroses	121
Ophthalmie	4	Epilepsie	21
B		Aliénation mentale	9
Asthme	52	Alcoolisme. Delirium tremens	30
Affections du cœur	98	Chorée	1
Bronchites aiguës et chroniques	140	Tétanos	1
Pleuro-pneumonie	71	**F**	
Congestion pulmonaire	36	Rhumatisme	55
C		Affections éruptives	98
Affections et troubles gastro-intestinaux	414	Pustule maligne	»
Cholérine et affections cholériformes	583	Fièvre intermitt.	4
Choléra	68	Fièvre typhoïde	52
Dysentérie	24	Hémorrhagies de causes internes et externes	103
Athrepsie	229	**G**	
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	93	Plaies. Contusions	141
Hernie étranglée	32	Fractures. Luxations. Entorses	30
Rétention d'urine	31	Brûlures	3
Fissure à l'anus	»	Congélat. des pieds	»
Orchite	5	Empoisonnements	20
Chute du rectum	1	Asphyxie par le charbon	6
D		— submersion	»
Métrite. Métro-péritonite	78	Suicide	5
Métrorrhagie	70	**H**	
Fausse-couche	83	Morts à l'arrivée du médecin	48
Accouc. Délivrance	175		
Accouc. non terminé	29	Total	3461

La moyenne des visites par nuit est de 27 1/2.

Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 23.

Les hommes entrent dans la proportion de 33,2 0/0.

Les femmes — — de 48,1 0/0.

Les enfants au-dessous de 3 ans, 18,7 0/0.

Visites du 3e trimestre de 1891. .	2,669
— 3e — 1892. .	3,461
Différence en plus.	1,392

Le mois de janvier, pendant lequel l'épidémie de grippe a sévi, comprend à lui seul 1,117 visites de nuit.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 13 nov. 1892 au samedi 19 nov. 1892, les naissances ont été au nombre de 1116 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 394 ; illégitimes, 178, Total, 572. — *Sexe féminin :* légitimes, 374 ; illégitimes, 170. Total, 544.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 nov. 1892 au samedi 19 nov. 1892, les décès ont été au nombre de 834 savoir : 424 hommes et 410 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 8, T. 12. — Variole : M 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 0, F. 3, T. 3. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 4, T. 5. — Diphtérie, Croup : M. 10 F. 11, T. 21. — Affections cholériformes : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 113, F. 68, T. 181. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 11 T. 23 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 22, F. 34, T. 56. — Méningite simple : M. 16. F. 7, T. 23 — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 25, T. 45. — Paralysie, M. 2. F. 5, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 4, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 23, T. 54. — Bronchite aiguë : M. 8, F 12, T. 20 — Bronchite chronique. M. 18 F. 11 T. 29. — Broncho-Pneumonie : M. 5, F. 10, T. 15 — Pneumonie : M. 13, F. 13, T. 26 — Gastro-entérite, biberon : M. 13, F. 19, T. 32 — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 6, T. 12. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 1. — Flèvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Débilité congénitale : M. 9, F. 7, T. 16 — Sénilité : M. 3, F. 14, T. 17 — Suicides : M. 7, F. 6, T. 13. — Autres morts violentes : M. 10, F. 3, T. 13 — Autres causes de mort : M. 91, F. 88, T. 179 — Causes restées inconnues : M. 2, F. 5, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 66, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 27, illégitimes, 10. Total : 37. — *Sexe féminin :* légitimes, 22, illégitimes, 7. Total : 20.

Faculté des sciences de Toulouse. — M. Destrem, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Toulouse.

Ecole de médecine de Rouen. — *Prix.* — Les élèves en médecine dont les noms suivent ont été proclamés lauréats de l'Ecole : Prix Henri Pillore, M. Théophile Bouju. — Première année, premier prix, M. Leduc ; deuxième prix, M. Salles ; mention honorable, M. Delabost. — Travaux pratiques : prix, M. Magnier ; mentions honorables, MM. Nicolas et Salles. — Deuxième année : prix, M. Legueu. — Troisième année : premier prix, M. Lecocq ; deuxième prix, M. Leconte. — Prix d'anatomie, M. Legueu. — Prix des hospices, M. Mathieu.

Université de Liège. — L'Université de Liège a célébré, du 19 au 23 novembre, le 75e anniversaire de sa fondation. Les Associations d'étudiants de Lyon, Lille et d'autres villes y ont envoyé des délégués. L'Association générale des étudiants de Paris y a été représentée par cinq de ses membres.

Ambulances urbaines de Bordeaux. — C'est avec un nouveau plaisir que nous signalons les succès de cette utile association fondée à Bordeaux par notre ami Mauriac. Le syndicat de la presse quotidienne Bordelaise vient, en témoignage des services rendus par les ambulances de Bordeaux, de leur faire un don princier. C'est un superbe omnibus construit d'après les indications du Dr Mauriac et spécialement aménagé pour le transport des malades et des blessés dans des conditions de commodité et de confortable absolument inconnus à Bordeaux jusqu'à ce jour. Cet omnibus traîné par deux chevaux sera désormais utilisé pour transporter l'ambulance volante de la Société partout où sa présence sera réclamée. L'ambulance volante est constituée par un personnel de trois hommes, savoir : un médecin, un élève médecin et un cocher. On a donné à cette voiture d'assez grandes dimensions pour qu'en cas d'accidents multiples quatre blessés ou malades puissent y être couchés. Mais le plus souvent un seul lit civière sera installé. A l'intérieur est une boite de secours ; sous le siège du cocher se trouve l'eau stérilisée. Un cornet acoustique met en communication avec le cocher et les personnes placées à l'intérieur de la voiture. La galerie qui surmonte l'omnibus reçoit l'ambulance volante comprenant une tente, un lit de camp, une table et quatre sièges pliants. Le point intéressant est que le public bordelais peut user de cette voiture pour le transport des malades (les contagieux exceptés). Encore une fois nous adressons nos félicitations au Dr Mauriac qui a su en si peu de temps doter la ville de Bordeaux d'un service de prompt secours qu'il est du devoir de toutes les municipalités d imiter. A. R.

Association de la Presse Médicale. — Procès-verbal de la réunion du 4 novembre 1892 au restaurant Marguery. Quinze membres étaient présents au dîner, que présidait M. Cornil. M. de Ranse, syndic, s'était excusé. La séance a été occupée d'abord par la discussion des candidatures posées. Ont été admis à l'unanimité : M. le Dr Chervin, directeur du Journal *La Voix* ; M. le Dr Gauthier, directeur du Journal *La Revue internationale d'électrothérapie*; M. le Dr Gilles de la Tourette, directeur du Journal *L'Iconographie de la Salpêtrière*. — Après conversation sur divers sujets, une commission composée de MM. Topinard, Leblond, Gorecki est nommée à l'effet d'étudier un point intéressant de journalisme médical. Elle a en outre le mandat de faire choix d'un *conseil judiciaire* pour l'association, en vue de la question spéciale qu'elle est chargée de traiter. Il est décidé que la liste des membres de l'Association sera adressée à tous les éditeurs d'ouvrages de médecine. Le Secrétaire, Marcel Baudouin.

Comité de perfectionnement des services de la crémation a Paris. — En exécution d'une délibération du Conseil municipal, le préfet de la Seine vient de constituer un Comité de perfectionnement des services de la crémation de Paris. Ce Comité aura pour mission de rechercher les mesures à prendre pour répandre dans le public l'usage de ce mode de sépulture, les améliorations à apporter dans l'organisation du service. Sont désignés comme membres de ce Comité : Le Directeur des affaires municipales, le Directeur des affaires départementales, le Secrétaire général de la Préfecture de police, le Chef de la deuxième division de la Préfecture de police ; MM. Viguier, Georges Villain, Lamouroux, Potrot, Lampué, Lucipia et Levraud, conseillers municipaux ; MM. Mathé et Chassaing, députés de la Seine ; MM. Bourneville, ancien député, et Georges Martin, ancien sénateur ; M. Salomon, secrétaire général de la Société de crémation ; M. Beurdeley, maire du VIIIe arrondissement ; M. le Dr A.-J. Martin, inspecteur général du service de l'assainissement ; M. Fichet, ingénieur civil ; M. de Nansouty, ingénieur, directeur du génie civil ; M. le Dr Napias, membre de la Commission des logements insalubres.

Hôpitaux de Nantes. — M. le Dr E. Kirchberg, ancien professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes, est nommé médecin en chef des Hôpitaux de cette ville.

Hôpitaux de Reims. — Le concours pour une place de *chirurgien-suppléant* s'est terminé par la nomination de notre ami, M. le Dr Roussel. Le concours de l'*Internat* s'est terminé par la nomination de MM. Weilt, Saurain, Marlier et Minuis.

Hopitaux de Marseille. — *Concours de l'externat.* Le concours de l'externat s'est terminé le 26 octobre par la nomination de MM. François et Bizard. Huit places avaient été portées sur l'affiche et 34 candidats s'étaient présentés. Le Jury a donc fait preuve d'une sévérité vraiment exceptionnelle. Il semble cependant qu'il aurait dû être porté à l'indulgence après le véritable *rébus anatomique* qu'il avait proposé aux candidats. Voici cette question : « *Scaphoïde-astragale. Muscles de l'éminence thénar.* » Qui aurait jamais pu supposer qu'il s'agissait des muscles de la région plantaire interne ? C'était là cependant ce qu'il fallait comprendre. C'est un comble. Un pareil concours n'a qu'un résultat, celui de décourager des jeunes sérieux, travailleurs, dont plusieurs avaient bien traité la question écrite : « Les fractures de la clavicules », et dont un grand nombre avaient déjà fait leurs preuves comme stagiaires dans nos hôpitaux. (*Marseille méd.*).

Les scrofuleux de Paris dans le Midi. — *Le traitement des enfants malades* s'effectue à Berck, à Dax et à Salies-de-Béarn. De nouvelles stations seraient nécessaires. Déjà un convoi de cinq cents enfants est dirigé sur Arcachon. Quelques conseillers municipaux de Paris préconisent la création de nouveaux hôpitaux, mais la majorité du Conseil est favorable — c'est une tendance heureuse — à l'hospitalisation des enfants dans des familles ou dans des hospices locaux.

La Variole a Madagascar. — Des cas nombreux de variole se sont déclarés à Tananarive.

La Fièvre typhoïde a Montpellier. — Sur l'avis du conseil d'hygiène de Montpellier, le maire vient de décider la clôture immédiate de la foire de la Toussaint, cinq cas de fièvre typhoïde s'étant produits parmi les forains, dont un mortel.

La crémation a Hambourg. — La ville de Hambourg a inauguré un four crématoire dans la journée du 19 novembre. Une première incinération a eu lieu dans cette journée.

Hommage a M. Pasteur de la part des médecins de Russie. — Le *Nouveau Temps* annonce que le corps des médecins russes a décité d'envoyer à Paris une délégation pour transmettre à M. Pasteur les hommages du corps médical russe et un riche cadeau à l'occasion du 70e anniversaire de sa naissance, qui aura lieu le 27 décembre prochain.

Choléra en France. — Depuis trois semaines la diarrhée cholériforme a fait son apparition à Lorient. Il y a eu jusqu'à ce jour dans cette ville une centaine de cas, dont trente environ suivis de décès; le mal sévit particulièrement dans les faubourgs, surtout à Kerentrech. Les décès atteignent spécialement les vieillards et les malades débilités par des causes antérieures : la misère, l'alcool, le manque absolu d'hygiène, l'anémie, la phtisie. Il y aussi quelques cas à Hennebont, Caudan, Plœmeur. Enfin, dans le village de Locmiquelic, pendant la journée d'hier, il y a eu vingt cas nouveaux, quatre décès. — A Cherbourg, un professeur au lycée, qui avait été atteint il y a quelques jours de diarrhée cholériforme, est mort.

Choléra en Belgique. — Trois nouveaux cas de choléra se sont produits à Bruges, mais on ne signale aucun décès. D'après une enquête qui vient d'être faite, il résulterait que l'épidémie a été apportée à Bruges par des effets venus de l'étranger. A Gand, deux cas de choléra ont été constatés.

Le Choléra aux Indes. — Suivant des nouvelles de Bombay, une sérieuse épidémie de choléra a éclaté parmi les artilleurs cantonnés à Luknow. A Auroungabad, le choléra a fait également plusieurs victimes et l'on aurait de vives inquiétudes pour la garnison de Peschawer, dont l'état général de santé était très mauvais.

Les avantages de la Ventriloquie. — Un procès curieux vient d'avoir lieu à Vienne. Il s'agit d'un perroquet de la cour acheté par l'archiduchesse Stéphanie à un industriel qui affirmait que l'oiseau récitait en six langues le *Pater noster*. Après s'être assurée par elle-même que le perroquet connaissait sa prière, l'archiduchesse en fit l'acquisition moyennant la somme de cent louis. Une fois au palais impérial, l'oiseau ne soufflait plus mot. On intenta des poursuites au marchand, et l'enquête arriva à constater qu'il était ventriloque et que c'était lui qui récitait la prière en six langues, imitant la voix du perroquet, auquel il avait seulement appris à ouvrir le bec pendant qu'il était muet.

Ligue contre la tuberculose. — La Ligue contre la tuberculose continue son œuvre de persévérance. Le samedi 26 novembre à 8 heures 1/2 du soir, M. le professeur Verneuil (de l'Institut) présidera une conférence qui sera faite sur l'organisation de cette ligue, en France, par M. le Docteur Armaingaud, agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, dans la salle de la Société nationale d'Horticulture, 84, rue de Grenelle, à Paris. Tous nos lecteurs pourront y assister sur la présentation de leur carte.

Monument Renaudot. — Lundi dernier, dans les ateliers Barbedienne, rue de Lancry, a eu lieu la fonte du monument qui sera élevé à Paris à Théophraste Renaudot et qui est dû au sculpteur A. Boucher. Rappelons que les souscriptions sont reçues chez M. le Dr Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune et le Dr Marcel Baudouin, 14, Bd St-Germain.

Médecins-Conseillers généraux. — Les électeurs du canton de Grandpré (Ardennes) viennent d'élire le Dr Edme Bourgoin, professeur à l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie de médecine.

Nomination. — M le Dr H. Napias est nommé membre de la commission supérieure du travail dans l'industrie.

Policlinique de Paris. — L'Assemblée générale annuelle de la Policlinique de Paris se tiendra au siège social de l'Association 20, rue Mazarine, le dimanche 27 novembre, à 2 heures précises.

Société médico-psychologique. — Séance ordinaire du lund 28 novembre, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. *Ordri du jour* : 1° Sur les hallucinations verbales psycho-motrices dane un cas de delire de persécution systématisé à évolution progress sive chez une dégénérée, par MM. Roubinovitch et Zuber - 2° Communications diverses. ;

Service de santé militaire. — *Récompenses.* — Par application du décret du 15 avril 1892 et de l'arrêté ministériel du 27 du même mois, le Ministre de la guerre a decerné, par décision du 29 octobre 1892, les médailles d'honneur ci-après pour récompenses des actes de dévouement accomplis à l'occasion d'épidémies qui ont atteint l'armée : *Médaille de bronze* : Clausse (Clément), cavalier au 5e hussards : a fait preuve d'un dévouement exceptionnel pendant deux ans, dans les fonctions d'infirmier au 5e hussards et à l hospice de Pont-à-Mousson, pendant les épidémies qui ont frappé ce régiment en 1891 et 1892, a été atteint lui-même par la fièvre typhoïde, contractée en soignant ses camarades. — *Médaille d'argent* : Mme Victorine Michel, en religion sœur Marie-Joseph, sœur à l'hospice de Dijon. — *Médaille de bronze* : MM. Guillemin (Claude-Hubert), infirmier de visite (8e section); Chiquel (Alfred), infirmier de visite (8e section) : ont fait preuve d'un dévouement incessant pendant l'épidémie de dysenterie qui a régné sur la garnison de Dijon en juillet, août et septembre 1892. — *Médaille d'argent* : Mme Proust, en religion sœur Désirée du Saint-Rédempteur, sœur à l'hospice de Poitiers : s'est fait remarquer par la sollicitude, le tact et l'assiduité des soins qu'elle a toujours prodigués, avec un infatigable dévouement, aux malades le plus gravement atteints; a déjà rendu des services analogues dans les salles militaires des autres hospices où elle a servi depuis 32 ans. — *Médaille d'argent* : M. Jolivet (Charles), caporal à la 9e section d'infirmiers : a constamment donné l'exemple d'un dévouement exceptionnel auprès des malades, s'est également signalé en portant secours à une sœur de la pharmacie, dont les vêtements avaient pris feu au contact d'un flacon d'éther subitement enflammé, s'est assez fortement brûlé les mains en accomplissant cet acte de courage. — *Médaille de bronze* : Oculi (Louis), 2e canonnier-servant au 33e d'artillerie : s'est offert, au plus fort de l'épidémie, pour remplir les fonctions d'infirmier auxiliaire, a contracté, en soignant ses camarades, une dysenterie des plus graves qui a mis ses jours en danger. — *Médaille d'argent* : Kauffer (Jean-Baptiste), soldat à la 17e section d'infirmiers : a prodigué jour et nuit ses soins à ses camarades sans tenir compte de sa fatigue; a contracté, dans les salles de l'hôpital militaire de Toulouse, une fièvre typhoïde qui a mis ses jours en danger. — *Médailles de bronze* : Lacoste (Louis), infirmier de visite (17e section); Dulac (Joseph-Rierre), infirmier de visite (17e section) : ont constamment fait preuve de zèle et de dévouement et n'ont pas cessé un seul instant de donner aux malades des soins intelligents.

Service sanitaire au Dahomey. — Des troupes fraiches se sont embarquées sur les vapeurs affrétés partis de Toulon le 19 courant, qui ont quitté Marseille le 25 de ce mois. Se sont embarqués sur ces bâtiments : 1 infirmier-major, 3 infirmiers ordinaires, 2 magasiniers. Parmi le matériel, il y a 12 filtres Chamberland, 6 bâts spéciaux pour transport de filtres, 1 ambulance (modèle n° 3), 1.350 couvertures caoutchoutées, des médicaments et des fourrages en proportion; 40 mulets et 10 chevaux, 6 canons de 80 m/m de montagne avec munition, 1,000,000 de cartouches, 1,800 jeux de vêtements coloniaux (tenue coloniale de l'infanterie de marine pour les troupes de la guerre). — Quant à la santé de nos troupes, de dures épreuves l'ont éprouvée; la dernière statistique sanitaire du corps expéditionnaire relevait (avant la prise de Kana) 600 malades sur un effectif de 3,000 hommes, soit 20 0/0 de malades. — Le comité de l'Union des femmes de France (section de Jarnac) vient d'adresser aux troupes du Dahomey des médicaments et du sulfate de quinine, pour une somme de 1,000 francs.

Troubles universitaires a Berlin. — Des étudiants antisémites de Berlin, irrités de l'interdiction d'une réunion antisémitique prononcée par le recteur de l'Université, M. Virchow, ont fait une démonstration contre lui au début de sa leçon du 18 novembre sur la pathologie. Ils ont tenté de couvrir chacune de ses paroles par des sifflements. M. Virchow ayant déclaré d'un ton très ferme qu'il ne considérait pas comme ses élèves des gens qui faisaient des manifestations politiques dans des salles de cours scientifiques, les antisémites en question ont quitté bruyamment la salle.

Nécrologie. — Un des plus brillants élèves des hôpitaux de Marseille, M. Félix Meyer, âgé de 22 ans, interne à la Conception, vient de succomber à la suite d'une diphtérie contractée dans son service. L'infortuné Meyer, qui était marseillais, venait à peine de terminer son service militaire. Un nombreux cortège de camarades, d'amis et de maitres ont tenu à l'accompagner jusqu'à sa dernière demeure. — M. le Dr Adrien Sicart est mort le 9 novembre au milieu des siens, dans son domicile rue d'Arcole, 4, à l'age de 76 ans. Il avait une phlébite depuis l'année dernière et c'est aux conséquences de cette maladie qu'il a succombé dans toute la lucidité de son esprit. Adrien Sicart était un homme universel, lettré et érudit. Après de brillantes études, il apprit la médecine dans les Facultés de Montpellier et de Paris. Mais il tourna les efforts de son intelligence surtout vers la solution des questions scientifiques. Travailleur infatigable et intelligent, son œuvre est considérable et quelques-unes de ses études font autorité. Il a d'ailleurs publié un très grand nombre d'ouvrages d'*agronomie* et de *physique*. On se souvient de ses recherches sur le *phylloxera* et de l'opiniâtreté qu'il mettait à poursuivre la découverte de son antidote. — M. le Dr Rouch, qui avait été blessé au genou, le 2 novembre, à l'attaque du fort Muako, un des combats qui ont précédé la prise de Kana, est mort, à Porto-Novo, où il avait été transporté, des suites de sa blessures et de dysenterie. M. Rouch était médecin de première classe au régiment de tirailleurs sénégalais. — M. le Dr Peru (de Genelard). — M. le Dr Levêque (de Togny-aux-Bœufs). — M. le Dr Meudin (de Dunkerque). — M. le Dr Edouard Bœckel (de Strasbourg), fils de M. le Dr Eugène Bœckel. — M. Schœdelin (de Thann), doyen des pharmaciens de France, beau-père de M. le Dr Halm, biblio-

thécaire à la Faculté de médecine de Paris. — On nous annonce la mort à l'âge de 83 ans de M. le comte de BEAUFORT, secrétaire général de la Société française de Secours aux blessés militaires, président et fondateur de l'œuvre des *Mutilés pauvres*, vice-président de la *Policlinique de Paris*, décédé subitement en son appartement de la rue de Verneuil. M. de Beaufort, dernier descendant de cette célèbre famille, a passé toute sa vie dans la fondation et l'administration d'œuvres philanthropiques et charitables pour lesquelles il a consacré toute sa fortune. Il laisse ce qui lui reste à la Société française de secours aux blessés et aux pauvres. — M. le Dr Victor RENAULT vient de mourir à Barbacena, dans l'Etat de Minas-Geraës, au Brésil, où il était vice-consul de France depuis 30 ans. Tour à tour médecin, géographe, ingénieur, botaniste, astronome, il fut le premier à explorer les rios Doce, Paracatou, Moucoury et leurs affluents, et à étudier sur place les mœurs et les dialectes des derniers Indiens de ces parages. Il laisse, à ce sujet, des travaux inédits d'une grande valeur. M. Renault laisse au Brésil huit fils, cinquante-neuf petits-fils et douze arrière-petits-fils, soit, en tout, soixante-dix-neuf descendants directs.

Incident des hôpitaux.

Dernières nouvelles.

Au Conseil de surveillance de l'Assistance publique qui a siégé dans la matinée, MM. Peyron, directeur de l'Assistance publique, et Strauss ont raconté l'incident Salmon aux membres du Conseil. M. Lannelongue a alors déposé le vœu suivant :

Le Conseil de surveillance tout en approuvant les mesures prises par l'Administration et blâmant l'attitude de M. Salmon, qui a exprimé ses regrets et présenté ses excuses, émet le vœu que la peine de M. Salmon soit levée.

Ce vœu a été adopté. A son tour, M. Brouardel a proposé la motion ci-après :

Le Conseil de surveillance émet le vœu que les questions disciplinaires relatives au personnel médical des hôpitaux soient soumises à une Commission du Conseil de surveillance.

Ce second vœu a été également adopté.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchement.* — Enseignement obstétrical, clinique et théorique (1892-93).

Enseignement clinique : M. le Dr P. BUDIN, chef de service, tous les jours à 9 heures. — Mardi, jeudi, samedi : Lecture des observations et interrogatoire des élèves. — Jeudi à 10 heures 1/2 : Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Les élèves seront dirigés dans la pratique des accouchements par des moniteurs.

Enseignement théorique et manœuvres opératoires : M. le Dr BONNAIRE, accoucheur des hôpitaux. Leçons : Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir. — Ouverture du cours de M. le Dr Bonnaire, le mardi 18 octobre, à 5 heures du soir. — Conférences par M. le Dr LEGRY, chef de laboratoire du service. Chaque période d'enseignement complet durera deux mois et demi environ.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Samedi.* Visite du service de M. BOURNEVILLE.

HOPITAL DU MIDI. — M. le Dr BALZER, médecin de l'hôpital du Midi, commencera ses conférences théoriques et pratiques sur les maladies vénériennes le jeudi 17 novembre, à 9 h. 1/2, dans son service, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

ENSEIGNEMENT CLINIQUE DE L'HÔPITAL ST-ANTOINE. — L'enseignement clinique, organisé l'année dernière par les médecins de l'hôpital St-Antoine recommencera le mardi 15 novembre. Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre à 10 h. 1/2 et seront faites dans l'ordre suivant pendant le semestre d'hiver : Mardi, M. CRISSAUD : *Clinique médicale.* — Mercredi, M. BLUM : *Clinique chirurgicale.* — Jeudi, M. HANOT : *Clinique médicale.* — Samedi, M. LETULLE : *Clinique médicale.* Les leçons cliniques du semestre d'été seront faites par MM. M[illegible]d, Gingeot, Tapret, Merklen et Ballet.

HOPITAL TROUSSEAU. — *Maladies des Enfants.* — M. le Dr LEGROUX, professeur agrégé, médecin de l'Hopital Trousseau, reprendra, dans cet hôpital ses conférences cliniques le mercredi 16 novembre, à 3 heures et demie et les continuera le mercredi de chaque semaine, à la même heure, pendant l'année scolaire 1892-1893. Visites, le matin : salles Barrier et Blache, à 9 heures. — Consultations : les lundis et jeudis, à 10 heures.

HÔPITAL DU MIDI. — M. le Dr Ch. MAURIAC reprendra ses *leçons cliniques* sur les *maladies vénériennes*, le samedi 3 décembre à 9 heures 1/2 du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

PIOGER (J.). — Le monde physique (Essai de conception expérimentale). Volume in-18 de 174 pages. — Prix. . . . 2 fr. 50

DRAGHIESCU (D.).—Considérations sur 61 cas de placenta prævia, observés à la Maternité de Bucarest. Brochure in-8° de 45 pages. Bucarest, 1892. — Imprimerie Basilesco.

ESPEJO V (Luis). — Complicacion uremica de forma tifoidea en un caso de colera nostras. Patojenia i tratamiento de este proceso. Brochure in-8° de 15 pages. — Santiago de Chili, 1892. — Imprenta Cervantes.

ESPEJO V (Luis). — Contribucion al estudio de los abcesos del pulmon. Observacion de dos casos. Brochure in-4° de 17 pages. Santiago de Chili, 1892. — Imprenta Cervantes.

FREIRE (D.). — Sur l'origine bactérienne de la fièvre bilieuse des pays chauds. Brochure in-8° de 12 pages, avec 4 planches hors texte. — Rio-de-Janeiro, 1892. — Typographie de l'Etoile du Sud.

FREIRE (D.). — Statistique des vaccinations au moyen de la culture atténuée du microbe de la fièvre jaune, pendant le paroxysme épidemique de 1889-1890. Brochure in-8° de 16 pages. — Berlin, 1891. — Druck und Verlag von Imberg und Lefson.

FREIRE (J.). — Relatorio apresentado ao cidadão ministro dos negocios do interior. Brochure in-8° de 50 pages, avec un tracé hors texte. — Rio-de-Janeiro, 1892. — Imprensa Nacional.

CAMINER. — Beobachtungen uber Salophen. Brochure in-4° de 2 pages. — Berlin, 1892. — Sonderal druck ans : *Theurapeutische Monatschefte.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 49. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 3 DÉCEMBRE 1892.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Note sur le Trional et le Tétronal dans la pratique psychiatrique ;

par le Dr Samuël GARNIER, médecin en chef, directeur de l'asile de Dijon.

A côté du sulfonal, corps sur lequel j'ai appelé jadis l'attention à titre d'hypnotique (*Progrès médical*, 13 octobre 1888; *Annales médico-psychologiques*, janvier et mars 1889), après l'avoir expérimenté le premier en France chez des aliénés, deux nouveaux produits de synthèse, très voisins chimiquement de lui, paraissent devoir se placer avec avantage. La thérapeutique serait alors pourvue, grâce aux disulfones dont ils font aussi partie, d'une sorte de trilogie somnifère à laquelle on pourrait, suivant chaque idiosyncrasie, emprunter l'un ou l'autre des 3 composants. Je n'ignore pas que les succès du sulfonal ont été vigoureusement contestés, ce qui prouve qu'il n'y a rien d'absolu en thérapeutique et surtout en thérapeutique psychiatrique, mais en somme ce médicament, de plus en plus répandu dans la pratique ordinaire et dans la médecine spéciale, rend des services journaliers très appréciés. Le trional et le tétronal n'échapperont sans doute pas au même sort de provoquer à la fois le même enthousiasme et le même désenchantement après leur emploi, mais je suis persuadé néanmoins que, comme pour le sulfonal, le camp des partisans de ces substances restera finalement plus peuplé que celui de leurs adversaires.

Je dois d'abord dire deux mots de la composition chimique du trional et du tétronal, car elle donnera une idée très nette de leur parenté commune avec le sulfonal. Je rappelle d'abord la formule de ce dernier qui, le carbone étant tétratomique, s'écrit ainsi décomposée :

$$\frac{C\,H^3}{C\,H^3} > C < \begin{matrix} So^2\,C^2\,H^5 \\ So^2\,C^2\,H^5 \end{matrix}$$

ou diœthyl sulfon diméthyl methan. On remarquera que les groupes œthyl et méthyl sont deux fois répétés. Or si dans cette formule on substitue au méthyl (CH^3) du premier groupe un atome d'œthyl (C^2H^5), de façon que la formule en contienne maintenant trois, dont deux associés à SO^2, on aura le corps suivant, qui est le trional ou diœthyl sulfon, méthyl œthyl methan et qui s'écrira ainsi :

$$\frac{C\,H^5}{C^2\,H^3} > C < \begin{matrix} So^2\,C^2\,H^5 \\ So^2\,C^2\,H^5 \end{matrix}$$

Si dans cette seconde formule on vient à substituer encore un atome d'œthyl (C^2H^5) au dernier atome de méthyl (CH^3) qui s'y trouve, on obtiendra alors le tétronal ou diœthyl sulfon diœthyl methan qui peut alors s'écrire :

$$\frac{C^2\,H^5}{C^2\,H^5} > C < \begin{matrix} So^2\,C^3\,H^5 \\ So^2\,C^2\,H^5 \end{matrix}$$

Dans cette troisième formule le méthyl (CH^3) a cédé sa place entièrement à l'œthyl (C^2H^5). Voilà pour la formule chimique.

Au point de vue des caractères les deux nouveaux corps se présentent tous deux sous l'aspect d'une substance pailletée, cristalline, blanche. Leur saveur est plus amère que celle du sulfonal qui en est presque dépourvu ; le trional nous a paru le plus amer des deux et le plus désagréable. Ils sont l'un et l'autre très acceptables si on les mélange à du miel, à de la confiture ou du lait sucré ; aussi insolubles que le sulfonal dans l'eau, ils sont, comme lui, solubles dans l'eau bouillante, mais se recristallisent dès que la solution se refroidit. Dans l'éther le trional est assez soluble, plus soluble que le tétronal qui exige 18 grammes d'éther pour 1 gr. de tétronal. Dans l'alcool le trional est aussi plus soluble que le tétronal, car si l'on veut dissoudre 1 gramme de chaque substance, il faut 33 grammes d'alcool à 95° pour le premier et 37 grammes pour le second.

Approvisionné, à titre gracieux, de 500 grammes des deux substances par la fabrique d'Elberfeld (qui m'avait déjà envoyé de quoi essayer autrefois le sulfonal), j'ai commencé mes essais vers le milieu d'août dernier. Bien qu'ils ne soient pas entièrement terminés, je puis d'ores et déjà annoncer, avant la publication complète ultérieure de mes observations et de mes résultats, que le trional et le tétronal possèdent des propriétés somnifères et calmantes assez marquées chez les aliénés. Il m'a semblé que leur effet somnifère se produisait dans un temps plus court que celui du sulfonal, même avec une dose journalière moindre. C'est ainsi que je n'ai pas dépassé la dose de 4 gr. 50, soit fractionnée dans la journée, soit donnée le soir en une fois, dans des états maniaques avec agitation nocturne et diurne. Chez des malades simplement neurasthéniques des doses moins fortes auraient un bon résultat.

J'ai pu faire aussi des essais multipliés chez des paralytiques généraux, essais qui m'avaient été interdits avec le sulfonal, faute de sujets, à l'Asile de la Charité (Nièvre) ; mais je ne saurais encore affirmer si le trional et le tétronal doivent être employés au début de la maladie sans inconvénient, eu égard à l'action congestive qu'ils doivent probablement exercer du côté du cerveau, par analogie avec l'action du sulfonal.

Des deux médicaments il serait aussi un peu prématuré d'indiquer lequel est préférable à l'autre et s'ils sont manifestement supérieurs au sulfonal comme le laissent entendre différents médecins allemands. Le mieux est d'attendre la relation de nouveaux expérimentateurs, jusqu'à présent assez clairsemés, même en Allemagne. Le premier travail sur la matière remonte à Kast et Baumann qui, après les avoir expérimentés d'abord sur les animaux, les essayèrent sur des malades du nouvel hôpital de Hambourg. Il leur parut alors que les propriétés somnifères des sulfones étaient en corrélation directe avec la plus grande quantité d'atomes d'œthyl qu'ils contenaient, de sorte que le trional agirait ainsi mieux que le sulfonal, et que le tétronal serait supérieur à tous deux. Barth et Rumpel (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1889, n° 32) ne purent confirmer dans leurs essais ces premières constatations. E. Schultze (*Therapeutische Monatshelfte*, octobre 1891) reprit à l'asile d'aliénés de Bonn ces expériences sur les malades de l'établissement et ne put se défendre dans son travail de cette impression qu'en général on devait au contraire attribuer une plus grande efficacité au trional qu'au tétronal. Mais, d'un autre côté, le docteur A. Schœfer, assistant de la clinique d'Iéna (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1892, n° 29), après avoir expérimenté comparativement le trional et le tétronal chez des aliénés, déclare que le tétronal a une propriété somnifère plus forte que le tétronal. Enfin le Docteur A. Bœttiger, assistant de la clinique mentale de Halle (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1892, n° 42), se bornant à employer le trional, qu'il considère comme le meilleur hypnotique des trois sulfones, indique qu'il n'a pas dépassé pour ce médicament la dose de 3 gr.

Un des grands inconvénients de l'administration du sul-

fonal dans les asiles était sa cherté du début, 250 francs le kilo. Bien que la baisse ait suivi son emploi, il revient encore plus cher que trional dont le prix, appelé à baisser, est aujourd'hui de 100 fr. le kilo, soit 10 centimes le gramme, ce qui permet de préconiser son emploi sans être arrêté par des considérations pécuniaires. Si on ajoute à cet avantage que les doses journalières prescrites seront moins fortes que celles du sulfonal, il en résultera encore une économie qui n'est pas à négliger. Quant au tétronal, il serait un peu plus cher. Je ne puis donc qu'engager à faire des essais sur ces deux substances, elles me paraissent mériter d'être utilisées dans le traitement des affections nerveuses et mentales.

DERMATOLOGIE

De l'existence de la lèpre atténuée chez les cagots des Pyrénées (*suite*) (1);

par M. V. LAJARD (d'Avignon) et le Dr Félix REGNAULT, ancien major civil de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

En Bretagne, les cagots ont été nombreux sous les noms de caquins, caqueux, cacous et cacouans, et il en existe aujourd'hui à Trébirou dans le Finistère, à Quintin dans les Côtes-du-Nord, à Kerhort ou Kerroch dans le Morbihan, etc. Ici, ils ont été l'objet de législations spéciales qui avaient pour but d'empêcher le contact avec la population.

Bien plus, dans le Pays de Galles, nous retrouvons les cagots sous le nom de caehs. Comment admettre qu'une race comme les Espagnols, les Goths ou les Alains aient des représentants en Poitou, en Bretagne et dans le Pays de Galles?

En outre, pour qu'une race conserve son existence individuelle, il faut, comme pour les Basques ou les Bretons de France, qu'elle forme un tout qui puisse ainsi résister aux influences voisines. Mais il n'y a pas d'exemple d'une race qui se soit juxtaposée à une autre préexistante, de façon que dans chaque village, à quelques cents mètres l'une de de l'autre, les deux races persistent séparées. Ici, la race cagote aurait dû être absorbée, car elle habite presque toujours un hameau moins important que le village voisin. L'exemple des Juifs n'est pas comparable, car ils n'habitaient que quelques grandes villes et leurs mœurs et leur religion étaient différentes.

Comme les parias de tous les temps, les cagots ont été maltraités par la population. Mais l'idée même de ces mauvais traitements s'accorde très bien avec celle d'un mal contagieux. Les épidémies étaient autrefois tenues pour des châtiments; la lèpre était au nombre des plaies des peuples anciens et on comprend la réprobation causée par les objets de la colère céleste. Ne donnait-on pas, au moyen-âge, le fouet aux aliénés?

Il y a plus, ces mauvais traitements se compliquent de quelque chose de spécial, c'est la crainte constante de leur contact. Ils n'ont pour but, en réalité, que de les tenir à l'écart en toute occasion. Or, il n'en est pas de même des autres parias. On ne craint pas à ce point, sauf quelques exceptions, le contact d'un Bohémien ou d'un Juif, et le Cinghalois ne croit pas que le Rodigah méprisé puisse lui donner des maladies contagieuses, ni l'Indou le paria, bien que ce dernier soit tenu à l'écart.

Or, il faut le répéter, toute la vie du cagot se ressent de la nécessité où on le met de se tenir hors de contact. Il faut chercher une autre solution au problème et elle a été donnée depuis longtemps : elle fait des cagots des lépreux.

L'identité des prohibitions qui pesaient autrefois sur les uns et sur les autres, la quasi incapacité de témoigner, l'exemption de l'impôt, les défauts dont ils étaient accusés montrent une identité complète avec les ladres. Les vices qui leur étaient attribués étaient les mêmes : la sorcellerie et le libertinage; ils avaient également l'obligation de porter un signe distinctif rouge sur l'épaule. Les professions qui leur étaient imposées et qu'on a regardées jusqu'ici pour des professions viles et indignes montrent surtout la préoccupation d'éviter le contact des objets qu'ils avaient touchés. Dans le Midi ils étaient d'abord uniquement charpentiers. Les travaux sortis de leurs mains sont hors de portée. Plus tard, à mesure que la notion s'affaiblit dans l'esprit du peuple, ils deviennent maçons, menuisiers, ramoneurs, fossoyeurs, fabricants de cercueils, équarrisseurs. Ces métiers sont choisis parmi ceux dont les produits sont peu touchés des mains. C'est pour le même motif que l'impôt était, en Espagne, remplacé pour eux par l'obligation de faire la coupe des bois pour les habitants. Quand les chrestiaas sont tisserands (Bretagne, Béarn) on ne veut pas porter leur toile, de peur d'être « encagotté. » L'indignité se montre plus nettement avec le travail de cordier, qui était encore récemment celui des forçats dans les bagnes.

Les autres métiers leur étaient interdits, mais surtout ceux d'agriculteur, boucher, marchand de denrées alimentaires. Bien plus, il leur était défendu d'entrer dans les cabarets, boucherie, paneteries, ni de toucher aucune matière végétale ou animale destinée à l'alimentation. Ils ne pouvaient puiser aux fontaines publiques et devaient boire à la « houn des Chrestiaas. »

Ils habitaient à l'écart des hameaux, souvent à 12 ou 1.500 mètres du village. Chaque bourg se doublait ainsi d'une Chrestiaa qui était la léproserie et où se rendaient les habitants malades pour ne pas contagionner les autres. Ces Chrestiaas n'ont pas de nom spécial, à part les grandes comme celles d'Anhaux en France et d'Arizcun en Espagne qui portent un nom de village, tandis qu'elles en auraient toutes un si elles avaient été fondées par une race s'implantant dans le pays. On dit chrestiaa de Castagnède, chrestiaa d'Escos, chrestiaa de Caresse, de Dognen, de Lescun. Nous avons visité toutes ces dernières et pu nous assurer qu'elles étaient placées dans les parties les plus basses des environs, jamais sur la hauteur, précaution qui pouvait avoir quelque importance. Les cartes de l'Etat-Major les mentionnent et on ne trouve pas d'autres lieux qui aient pu servir de léproseries.

Le nom n'est pas identique partout; la France parlait au moyen-âge et parle encore deux langues, aussi avons-nous dans le Nord la forme mézellerie, de l'ancien français *mézel*, lépreux. Le nom de *maladrerie* employé concurremment n'a pas besoin d'être expliqué. Ce sont des synonymes.

On maintenait les cagots dans ces Chrestiaas; ils ne pouvaient entrer dans la ville qu'à certains jours déterminés; ils ne pouvaient aller pieds nus ni converser avec les autres habitants. Leur contact était redouté et ils étaient sévèrement punis quand ils enfreignaient ces règles. On n'était condamné qu'à une amende si l'on tuait un chrestiaa. Un d'eux qui se servit du bénitier commun vit couper et clouer à la porte de l'église sa main, source de contagion. A l'église, en effet, malgré leur ferveur, le baiser de paix, rite aujourd'hui disparu, leur était refusé; ils étaient et sont encore dans quelques villages séparés par une barrière; ils avaient un bénitier spécial et on leur offrait l'eau et le pain bénit au bout d'un bâton.

Les mariages croisés et même les relations sexuelles entre cagots et habitants sains étaient interdits, et en Navarre, en 1581 et 1608, on légiféra à ce sujet.

Ce faisceau d'observations a un lien commun. Que faisait-on au moyen-âge pour se défendre de la contagion qui était à craindre des cagots? La seule chose intelligente que l'on pût faire : on pratiquait l'isolement rigoureux, absolu; isolement pour les lépreux, isolement pour les ladres blancs, les cagots et même pour leurs descendants, parmi lesquels pouvaient se rencontrer encore des individus au contact dangereux. On se défendait non seulement de leurs personnes, mais des objets qu'ils avaient touchés en choisissant les professions qui leur permettaient de vivre.

Cette préoccupation permanente montre les idées de

(1) Voir n° 46.

cette époque bien différentes de celles de la nôtre, où on discutait il y a peu d'années sur la contagiosité de la lèpre.

Aujourd'hui, la réprobation dont les cagots sont frappés est atténuée, mais dérive encore du même ordre d'idées.

Ainsi, à Salies, on tient les cagots dédaigneusement à l'écart et on les siffle dans la rue pour avertir de les éviter. C'est là un fait que nous tenons des cagots eux-mêmes. Ils sont en butte aux quolibets et aux risées, et si les chansons ironiques ne les poursuivent plus dans la rue, on les dit encore après boire. M. l'abbé Foix, à Laurède, en a recueilli un grand nombre de fragments, malheureusement inédits.

A Bédous, un habitant a été récemment condamné à des dommages-intérêts pour avoir traité un voisin de cagot. On dit d'ordinaire « cagot du diable ». L'idée d'un mariage avec un cagot répugne encore ; à Salies, on s'étonne quand par hasard une cagote trouve un mari ayant quelque fortune. Les préjugés cependant tendent à s'effacer, toutefois ils subsistent encore. En route, dans la diligence, nos voisins, des paysans, lisaient l'article de Louis Lande (1878) dans la *Revue des Deux-Mondes*, et quelle joie quand ils virent qu'il fallait autrefois sept cagots pour faire un témoin !

En Espagne, leur ancien état social est à peine modifié. M. Guilbeau (1) dit qu'en 1842 un cagot fut souffleté en pleine église pour avoir voulu baiser la croix. Les femmes cagotes ne peuvent dépasser à l'église une limite spéciale et sont tenues à l'écart. Dans les rixes, ils s'entendent appeler comme les bœufs au labour (beu) ; au bal du village, s'ils se mêlent aux danseurs, on leur présente encore un siége pour s'asseoir. Un cagot du même endroit dut quitter Arizcun à cause des pierres qu'on lui jetait nuit et jour ; la lingère cagote de la sacristie dut être congédiée devant la colère des fidèles. Enfin, un charpentier, marié depuis trois ans avec une femme du bourg, dut retourner à la léproserie, à Bozate, qu'il avait quittée, croyant que cette union pourrait lui faire pardonner son origine.

En dehors des mauvais traitements, les habitants de l'ancienne maladrerie sont toujours, à l'égard de leurs voisins, dans un état d'infériorité, qui rappelle les métiers relativement indignes qu'exercent encore les cagots de Salies. Ils sont journaliers au service de leurs voisins de caste supérieure, ils les prennent pour arbitres dans leurs querelles ; fait curieux et qui dérive des anciennes prohibitions, ils ne fréquentent jamais les auberges d'Arizcun.

Il y a trente ans, la présence des cagots à Irurita, à la fête du village, amena des troubles. On voulut les renvoyer dans leur Chrestiaa et la bagarre se termina par des coups de stylet et de makilla.

Enfin les mariages croisés n'ont jamais lieu entre les gens de Salinas, d'Elgorriaga et d'Ituren. La caste est fermée, c'est l'isolement absolu.

En Navarre, à l'époque la plus ancienne, c'est à-dire aux xe et xie siècles, défense était faite aux cagots de parler à la « gens Peluta ». Ne comprenant pas le sens de ce terme, on a imaginé que les paysans basques portaient une longue chevelure, en signe de noblesse. Ils étaient, au contraire, dans un état social très inférieur. Le terme s'explique très clairement au contraire par opposition à l'alopécie fréquente que nous avons trouvée chez les cagots et qui devait être plus répandue au moyen âge qu'aujourd'hui. Les gens sains étaient chevelus par rapport à eux.

On considérait tellement les cagots comme des ladres qu'on employait indifféremment les deux mots. Des manuscrits en font foi. Un d'eux dit même que « les Gaffotz sont fortement lépreux. »

C'était une forme de lèpre qui tordait les mains, mais ne causait pas de tubercules au visage et dont la marche était plus lente. Un autre manuscrit, cité par Adrien Lavergne dans les Archives départementales du Gers, relate une donation faite au xiie siècle par son frère Raymond de Tremblade, prieur de l'hôpital de Serregrand, de tous les droits dudit hôpital sur la *Christiania ou léproserie* de la bastide de l'Estèle de Borrau en faveur d'Arnaud, chrístian d'Auch.

Le mot espagnol gafo lui-même, dans le Romancero du *Cid*, a le sens de lépreux, gafedad celui de lèpre ou ladrerie. En Portugais, le mot gafedad signifie lèpre anesthésique. Gafo dérive du mot gaf, dont nous avons la forme gaffe, croc des bateliers. Ce terme correspond au symptôme le plus fréquent de la lèpre. Il suffit d'avoir vu des lépreux pour le reconnaître.

L'avant-bras ramené en avant, les doigts contractés par les rétractions tendineuses des muscles fléchisseurs, la main dessine la griffe, le crochet. Cette idée donne pour nous jusqu'à l'explication de la forme spéciale de la pièce d'étoffe rouge qui distinguait les cagots. Cette petite crête dentelée, patte d'oie, qui a donné lieu à des explications invraisemblables à propos des ablutions des Sarrasins, est la main des malades de Morvan, avec sa face palmaire mutilée. Gafet et gahet ont même racine. C'est Kakod, ladre ou lépreux du vieux breton, caeou du breton moderne, cacosus du latin, puis caqueux, cagou, cagot, caguot, cassot, agot et capot.

L'orthographe agoth dérive de la préoccupation théorique de rattacher les cagots aux goths, dont ils seraient les descendants. C'est une forme vicieuse.

Il ne faut pas être surpris de ces formes multiples : elles ont traversé dix siècles, comment n'auraient-elles pas varié ? Nous les ramenons toutes à la même origine. Le mot latin aqua, eau, n'est-il pas représenté d'une manière aussi complexe dans les langues néo-latines. C'est en espagnol agua, en provençal aigua, en roumain apa, les consonnes ne sont pas plus diverses que celles des dérivés du mot gaf.

Les termes de cagot et de capot sont employés fréquemment au figuré dans la langue courante, le premier pour désigner la dévotion excessive des Chrestiaas, le second un coup malheureux du jeu de cartes. Celui-ci peint bien la triste condition de ces déshérités.

L'étymologie du mot Chrestiaa, qui servait à les désigner dans le Béarn, est autre. Elle se trouve dans le mot chrétien, pauvre du Christ, comme le montre le mot de christiannerie, synonyme de maladrerie et de madeleine, dans les vieux documents (1).

Les hommes de science, les médecins célèbres de l'époque ne différaient point d'opinion sur ce point avec le vulgaire. On cite toujours le célèbre passage d'Ambroise Paré : « Aucuns lépreux ont la face belle et le cuir poli et lissé ne donnant aucun indice de lèpre au dehors, comme sont les ladres blancs appelés cacots, cagots et capots. »

Et Laurens Joubert, qui traduisit la chirurgie de Guy de Chauliac, se crut en droit de remplacer par cassot, capot et cagot le nom de cassati ou lépreux à symptômes équivoques.

Devant ces nombreux faits il est incontestable qu'on confondait autrefois les cagots et les lépreux, et que les cagots avaient une forme de lèpre, atténuée il est vrai, mais encore contagieuse.

Comment se fait-il que quelques auteurs se refusent à considérer aujourd'hui les cagots comme descendant des lépreux ? Les anciens se seraient-ils trompés et serions-nous meilleurs cliniciens, pour des malades que nous n'avons pas vus !

Les écrivains opposés à l'origine lépreuse se basent sur deux motifs. Le premier c'est que les cagots actuels seraient sains. Nous verrons plus loin que ce n'est pas toujours vrai, mais, seraient-ils tous sains, ce n'est pas une raison pour admettre qu'ils l'ont toujours été. Nous savons que la maladie des parents peut s'atténuer et disparaître chez les enfants.

(1) Les cagots du pays basque et de Saint-Jean-de-Luz, 1878

(1) Les léproseries étaient placées sous l'invocation du frère de Madeleine Lazare, d'après don Calmet, l'illustre bénédictin (selon Louis Lande. *Revue des Deux-Mondes*, Les Cagots et leurs congénères).

En second lieu ils s'appuient sur un manuscrit qui démontre péremptoirement que dès la fin du XVIIe siècle bien des cagots n'étaient plus malades. Le parlement de Toulouse en 1660 fut touché du sort de ces informés; désireux de l'améliorer, il dépécha un commissaire en compagnie de plusieurs médecins. Après enquête « faite sur le corps et le sang de 22 personnes dont un enfant de quatre mois, tous charpentiers ou menuisiers soi-disant cagots, pour voir si les soupçonnés ou quelques-uns d'entre eux étaient atteints de ladrerie ou de quelque autre maladie qui y eut quelque affinité, » ils déclarèrent d'un commun accord avoir trouvé les 22 personnes dont il s'agit toutes bien saines, nettes de leurs corps et exemptes de toutes maladies contagieuses. De même Florimond de Raymond, conseiller du Parlement de Bordeaux, écrivait quelques années plus tard que cette ladrerie qu'on leur attribue provient de la ladrerie spirituelle de leurs pères. Mais cet arrêt du Parlement de Toulouse montre que les cagots pouvaient être ladres, puisqu'on a recherché chez eux cette maladie, et s'ils ne l'étaient pas cela ne veut pas dire que leurs ancêtres ne l'aient pas été. Déjà à cette époque la lèpre et sa forme atténuée ou cagote disparaissaient. Le nombre des des lépreux avait tellement diminué vers le milieu du XVIe siècle que plusieurs hôpitaux étaient déserts et tombaient en ruines.

Aujourd'hui encore les habitants du pays pensent que les cagots descendent des lépreux et, nous apprend de Rochas, à Arete et à Lannes, villages voisins d'Arumetz, vallée des Baretous, la tradition formelle du pays est que ce sont des fils de ladres. A Borie, dans la vallée d'Aspe, on a la même opinion, et leurs pères passent pour avoir été couverts d'ulcères. Les cagots de Salies se défendent, bien entendu, d'une telle origine. Cependant quelques-uns d'entre eux semblent avoir conservé non pas le souvenir, mais une notion de la lèpre et même d'un de ses principaux symptômes. Deux fois nous avons trouvé à Salies des sujets qui nous ont dit, quand nous cherchions les plaques anesthésiques avec une épingle: « Mais vous croyez donc que nous sommes ladres ! » (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etudes sur l'organisation du Service de santé.

(3e *article*) :

IV. — Personnel-troupe.

Les troupes sanitaires ou infirmiers sont réparties entre 25 sections actives et 21 sections territoriales. Une section de l'une et l'autre catégories est affectée à chacun des 19 Corps d'armée. Les sections supplémentaires ont été créées pour le service des nombreux hôpitaux militaires existant dans les Gouvernements militaires de Paris et de Lyon, en Algérie et en Tunisie.

L'effectif n'est pas le même pour toutes les sections, et les différences que l'on constate à cet égard entre les sections territoriales comme entre les sections actives résultent de l'inégalité des besoins à satisfaire, suivant les différentes régions de Corps d'armée. Quelques régions possèdent de nombreux camps retranchés, des hôpitaux militaires; d'autres, au contraire, en sont totalement dépourvues.

Le contingent annuel des sections actives est excessivement restreint et dépasse rarement 30 hommes en moyenne, ce qui donne 80 à 90 hommes pour les trois classes qui sont sous les drapeaux. Mais, au moment d'une mobilisation, cet effectif se trouverait au moins décuplé par l'arrivée des réservistes; d'où l'on peut conclure dès maintenant que les deux tiers au moins des mobilisés n'ont jamais servi comme infirmiers pendant leur séjour sous les drapeaux, en dehors des périodes d'appel de 28 jours.

L'effectif de chaque section, active ou territoriale, se répartit en trois catégories d'infirmiers, suivant les fonctions spéciales qu'ils doivent remplir. Ce sont :

1° Les infirmiers de visite, appelés aussi infirmiers panseurs.
2° Les infirmiers commis aux écritures.
3° Les infirmiers d'exploitation et brancardiers.

Les sous-officiers et caporaux sont choisis parmi les hommes de leur catégorie, suivant des ordonnances élaborées par le ministre.

Par suite de l'étendue inégale des régions de Corps d'armée, et aussi en raison du mode particulier d'affectation des réservistes, un grand nombre de sections actives possèdent actuellement un excédent considérable de mobilisés, se chiffrant parfois par plusieurs centaines. Mais ces excédents disparaîtront sans doute avec la création de nouveaux régiments d'infanterie, dans lesquels ils pourront être versés comme combattants.

Suivant les Corps d'armée, l'effectif des sections territoriales présente soit des excédents, soit des déficits, se chiffrant également par centaines dans l'un ou l'autre sens. Cet état anormal, s'il persiste, ne sera pas sans présenter des inconvénients au moment de la mobilisation.

Mais ce qui est encore bien plus grave, c'est que dans toutes les sections, actives ou territoriales sans exception, même dans celles dont l'effectif total est en excédent, il existe un déficit extraordinaire dans la catégorie des infirmiers de visite, déficit qui entraîne naturellement un excédent proportionnel dans la catégorie des infirmiers d'exploitation. Ce déficit est d'environ :

30 0/0 du nécessaire des sous-officiers de visite dans les sections actives;
15 0/0 du nécessaire des sous-officiers de visite dans les sections territoriales;
50 0/0 des caporaux de visite dans les sections actives;
40 0/0 des caporaux de visite dans les sections territoriales;
70 0/0 du nécessaire des infirmiers de visite dans les sections actives;
70 0/0 du nécessaire des infirmiers de visite dans les sections territoriales.

Chacun sait quelles sont les fonctions que remplissent les infirmiers de visite. Non seulement ils tiennent les cahiers des prescriptions alimentaires et pharmaceutiques, établissent les relevés, les bons, etc., mais ils doivent aider encore les médecins dans l'application des pansements et appareils. Réglementairement, ils devraient tous avoir reçu, dans ce but, une instruction technique spéciale et conforme aux indications du *Manuel de l'infirmier de visite*, avant d'être titularisés dans leurs fonctions. Dans la réalité, fort peu d'entre eux ont reçu les éléments de cette instruction.

Il n'en saurait être autrement, si l'on veut bien considérer que la catégorie des infirmiers de visite d'une section sur le pied de paix ne comporte réglementairement qu'un effectif de 10 à 15 hommes en moyenne, répartis entre les trois classes sous les drapeaux, c'est-à-dire environ 5 hommes par contingent annuel. L'effectif total mobilisé d'une section active, formé par 10

classes (1), ne pourra donc comprendre au maximum que 50 hommes de la catégorie des infirmiers de visite, alors que le nécessaire en exigerait 150 environ, sous-officiers et caporaux compris. Inutile d'ajouter que les mêmes raisons amènent des résultats identiques dans les sections territoriales.

Pour remédier autant que possible à un état de choses aussi préjudiciable, il est prescrit de titulariser un certain nombre de réservistes, choisis parmi les plus instruits et les plus intelligents, en leur donnant une instruction sommaire, très sommaire, pendant les périodes d'appel des vingt-huit jours. Encore trouve-t-on à peine la moitié des sujets qui seraient nécessaires pour compléter les catégories d'infirmiers de visite, comme le témoignent les déficits actuellement existants.

Cette insuffisance à la fois numérique et professionnelle mérite de fixer l'attention, à cause des difficultés insurmontables qu'elle apportera dans l'exécution du service de santé en temps de guerre, dont elle pourra compromettre les résultats définitifs, en entravant l'exécution du système des évacuations rapides et générales des malades et blessés après les batailles, clef de voûte de toute l'organisation sanitaire. En effet, il est indiscutable que les évacuations ne sont possibles qu'avec une application rigoureuse des méthodes antiseptiques et d'appareils et pansements appropriés. Peut-on espérer que les six médecins d'une ambulance divisionnaire (appelée à se scinder en deux moitiés) ou les quatre médecins d'un hôpital de campagne (souvent destiné à fonctionner sur le champ de bataille comme ambulance) pourront suffire à exécuter eux-mêmes tous les pansements, en dehors des opérations qu'ils auront à pratiquer, sans l'aide d'un personnel subalterne parfaitement instruit et initié aux nouvelles méthodes d'antisepsie chirurgicale ? L'insuffisance numérique et professionnelle des infirmiers de visite ne sera pas la moindre des préoccupations qui assailliront les médecins du cadre auxiliaire, obligés déjà d'assurer la direction dans certaines formations sanitaires, sans l'adjonction d'un officier du cadre actif et avec un personnel de commis aux écritures dont l'effectif présente également des déficits considérables, ainsi que nous pourrions aisément le démontrer avec chiffres à l'appui. Mais à quoi bon nous étendre sur ce sujet, puisque, des considérations ci-dessus, chacun peut tirer les conclusions qui en découlent avec évidence ?

Il serait injuste, toutefois, de faire retomber sur la 7[e] Direction la responsabilité des défauts de cette organisation, qui résultent principalement du mode de recrutement des infirmiers militaires. Au temps où les sections pouvaient recevoir des engagés volontaires, on trouvait aisément, parmi ceux-ci, des sujets instruits, intelligents, dont on pouvait faire des infirmiers de visite ou des commis aux écritures. Cette source est tarie depuis qu'il est interdit aux sections d'infirmiers de recevoir des engagés volontaires.

Actuellement, le recrutement des infirmiers se fait de la manière suivante : Chaque année, les bureaux de recrutement désignent un certain nombre de jeunes gens du contingent, suivant les états numériques établis par le Ministre, pour être affectés aux sections. Ils sont désignés nominativement lors de la répartition du contingent et incorporés dans les régiments d'infanterie où ils reçoivent, pendant un an, l'instruction militaire proprement dite, et, à partir du septième mois, l'instruction spéciale aux infirmiers et brancardiers régimentaires. Cette dernière leur est donnée par les soins du médecin-chef du régiment. Au bout d'une année, ils sont versés dans les sections jusqu'à leur sortie de l'armée active. Suivant les besoins, les uns restent au dépôt de la section, où leur instruction est entretenue par les sous-officiers ; les autres sont versés dans les hôpitaux militaires de la région, s'il en existe, ou à leur défaut dans ceux du Gouvernement militaire de Paris, où leur instruction est assurée par les soins des médecins et officiers d'administration attachés à ces établissements.

Les instructions ministérielles prescrivent, de la façon la plus formelle, de ne désigner pour les sections d'infirmiers, que des jeunes gens sachant lire et écrire, n'ayant subi aucune condamnation et ayant les qualités physiques, intellectuelles et morales nécessaires pour donner des soins aux malades et blessés. Il est prescrit de choisir de préférence les étudiants en pharmacie aspirant au diplôme de pharmacien de 2[e] classe.

Ces sages prescriptions, qui assureraient aux sections un personnel apte à remplir les fonctions d'infirmiers de visite et de commis aux écritures, sont malheureusement méconnues par les commandants de recrutement, trop souvent encore imbus de l'idée qu'un *infirmier* doit être un *infirme*, qui n'a besoin d'aucune des aptitudes physiques requises pour les combattants proprement dits. Leurs désignations portent en conséquence sur les malingres, les chétifs : et cela est tellement vrai que, sur un contingent annuel de 25 à 30 sujets, il est de règle que deux ou trois, parfois même un plus grand nombre, meurent ou soient réformés pendant l'année qu'ils passent au régiment. D'autres sont des ajournés d'un an, des chétifs avérés, par conséquent, et qui ne resteront que douze mois à la section. Sur le total, on en trouve rarement plus de trois ou quatre ayant une instruction élémentaire suffisante pour écrire sans faute d'orthographe trop grossière. Les rapports établis par les commandants de sections sont unanimes à formuler des plaintes à ce sujet, sans réussir à obtenir satisfaction. Ajoutons, pour compléter ce tableau, nullement exagéré, que les corps de troupe se débarrassent encore, en les faisant verser dans les sections, des non-valeurs qui ne paraissent pas susceptibles d'être réformés, mais qui présentent des tares physiques, telles que hernies, varices, palpitations, etc.

Telles sont les ressources provenant du contingent annuel des sections. Elles sont numériquement insuffisantes pour assurer les besoins du service de santé au moment de la mobilisation. Pour les compléter, des militaires en nombre suffisant sont désignés chaque année, au moment de la libération de la classe, pour être affectés comme réservistes aux sections d'infirmiers ; ils se recrutent principalement parmi les musi-

(1) Aujourd'hui 13 [illegible], mais cela ne modifie pas nos appréciations.

ciens et parmi les hommes à la disposition des régiments d'infanterie. Plus ou moins aptes à remplir les fonctions d'infirmiers d'exploitation ou de brancardiers, ils sont totalement inaptes à remplir celles d'infirmiers de visite ou de commis aux écritures.

Aux termes de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1885, les étudiants en médecine, les élèves en pharmacie et les élèves ecclésiastiques doivent être versés dans le service de santé en cas de mobilisation. Toutefois ils accomplissent dans un régiment l'année de service à laquelle ils sont astreints; mais si la mobilisation survenait au cours de cette année, ils seraient versés immédiatement dans les sections d'infirmiers.

On saisit immédiatement les inconséquences qui résultent de ces dispositions de la loi. Si l'on peut admettre que des étudiants en médecine puissent servir d'infirmiers panseurs sans avoir reçu d'instruction spéciale, il ne saurait en être de même des étudiants en pharmacie, et moins encore des élèves ecclésiastiques. Il en résultera que ces jeunes gens, dont l'instruction est développée et dont on aurait pu faire d'excellents infirmiers de visite s'ils avaient passé un certain temps dans les sections, ne pourront être utilisés en temps de guerre que comme infirmiers d'exploitation ou brancardiers, c'est-à-dire dans une catégorie dont l'effectif présente déjà, dans chaque section, un excédent de plusieurs centaines d'unités. Ce serait folie d'espérer qu'on pourra leur donner l'instruction nécessaire pendant les appels de 28 jours, et il ne faut pas oublier, du reste, qu'une mobilisation peut survenir avant qu'ils n'aient été convoqués pour leur première période d'appel.

Quant aux médecins auxiliaires qui font partie des troupes sanitaires avec le grade d'adjudant, leur nombre est insuffisant pour combler le déficit existant dans le grade de sous-officier de visite.

Dr Freeman.

Cours d'Histoire de la Médecine. — M. le Pr Laboulbène.

Après avoir énuméré les changements survenus cette année dans le personnel de la Faculté, M. Laboulbène a inauguré son cours par l'histoire de Celse. Celle-ci fait ressortir, entre autres particularités, l'importance des recherches bibliographiques récentes et bien conduites pour l'établissement de la vérité historique. Celse a été en effet considéré jusqu'ici à tort comme un médecin. L'époque à laquelle il vécut est particulièrement remarquable, car elle représente la période où succédaient aux esclaves pratiquant la médecine les archiatres et les médecins attachés aux armées. Jusqu'alors Rome ne semblait pas avoir eu de médecine autochtone. La plupart des médecins connus venaient de la Grèce ainsi que l'attestent leurs noms. Quant à Celse, il est tout d'abord assez difficile de déterminer sa personnalité, car le mot *celsus* était un qualificatif signifiant grand, élevé. Sur le livre *De re medica* on trouve A. Cornelius Celsus. Ce qui prouve que Celse appartenait à la famille Cornélie. Le préfixe A., traduit par certains auteurs par Aurelius, doit être écrit, d'après l'opinion de Leclerc fondée sur un ancien manuscrit, par Aulus. Collumelle et Pline l'Ancien citent souvent Celse sous le nom Cornelius Celsus. Son vrai nom devait donc être Aulus Cornelius, auquel on ajouta le qualificatif Celsus que d'autres aussi pouvaient porter. Sa patrie est également douteuse. Fabricius le considère comme Romain et il est certain qu'il a séjourné à Rome. Mais à quelle époque y vivait-il ? Pline écrit, au moment de l'éruption du Vésuve (89 avant J.-C.), qu'il n'existe encore aucun ouvrage de médecine écrit en latin. Le *De re medica* n'existait donc pas encore. Collumelle appelant Celse un *homme de son temps*, on pourrait le rattacher au règne de Tibère. Mais il est plus probable qu'il écrivit ses ouvrages dans la première moitié du siècle d'Auguste. Fut-il médecin ? L'ensemble de ses ouvrages le montre plutôt comme un encyclopédiste, un vulgarisateur. Leur titre général est *Artes* ou *Libri artium*. Le premier de ces ouvrages, le *De re rustica*, comprenait cinq livres, le *De re medica* cinq autres, la *Rhetorica* sept, que suivaient probablement un traité de *philosophie* et sûrement un traité de l'*art militaire* qui jouissait d'une certaine célébrité. Quintilien, après avoir cité Caton, Varon, Cicéron, dit de Celse que c'est un homme d'un génie médiocre. Mais son jugement est entaché de haine personnelle. Vegès, qui a écrit vers le ve siècle, fait au contraire de Celse les plus grands éloges. Lorsqu'on parcourt l'ouvrage médical de Celse, on voit qu'il cite le plus souvent l'opinion de chefs d'école et, dans certains passages, il fait preuve d'une inexpérience médicale complète. L'encyclopédie de Celse parut à Rome au moment où les médecins se servaient encore de la langue grecque, d'où les expressions qu'on trouve souvent dans ces livres: *ut græci dicunt, ut dicunt medici.* Aux prescriptions des médecins il oppose souvent les pratiques des gens de la campagne. Ces divers arguments prouvent bien que Celse fut un encyclopédiste écrivant pour les gens du monde. On le trouva cependant si supérieur qu'il fut admis comme un classique de premier ordre. Ce ne fut qu'un compilateur, mais un compilateur de génie, auquel on peut avec raison attribuer le surnom d'*Hippocrate latin*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 nov. 1892. — Présidence de M. d'Abbadie.

M. Arthus et Ad. Huber. — *Fermentations vitales et fermentations chimiques.* — Les phénomènes connus sous le nom de fermentation se groupent en deux catégories : les uns sous la conséquence du développement d'êtres vivants, les autres peuvent s'accomplir dans des milieux absolument stériles (fermentations chimiques). Le fluorure de sodium à la dose de 1 °/0 arrêtant instantanément et définitivement les fermentations vitales sans suspendre les fermentations chimiques, permet de distinguer les phénomènes de l'un ou de l'autre groupe. L'addition de 1 °/0 de fluorure de sodium préserve les matières organiques de toute putréfaction, même à une température de 40 à 45°. Différentes substances fluorées à 1 °/0 (lait, sang, urines, fruits, salive, pancréas, etc.), n'ont après plusieurs mois de séjour à 40° présenté ni l'odeur, ni les altérations caractéristiques du développement des microbes. Le sucre, dont la disparition dans les milieux organiques est un des premiers phénomènes microbiens qui s'y accomplissent, se conserve en totalité dans les liqueurs fluorées. Ce n'est pas en précipitant les sels de calcium que le fluorure stérilise, car l'oxalate de sodium à 1 °/0 ne jouit pas de la même propriété. Il retarde seulement le début et ralentit la marche de la putréfaction. Le ferment lactique est déduit par le fluorure de sodium à 1 ou 0,4 °/0. Le sucre de lait se conserve dans les liqueurs fluorées. Le fluorure de sodium arrête instantanément la fermentation alcoolique du sucre et rend inactif les ferments ammoniacaux de l'urine. Le fluorure de sodium à 1 °/0 empêche donc le développement des éléments figurés dans les liqueurs et tissus organiques.

Les ferments solubles, invertine, trypsine, émulsine, etc., conservent en présence du fluorure de sodium leur activité. Les produits de fermentation sont les mêmes, que la fermentation s'accomplisse en l'absence du fluorure ou en présence de ce sel. Les ferments solubles ne sont pas détruits par le fluorure de sodium à 1 °/₀ même à 40° après plusieurs mois. La fermentation alcoolique de la saccharine présente diverses phases, une interversion du sucre, phénomènes chimiques et un dédoublement du sucre interverti, phénomène vital : le fluorure de sodium n'empêche que cette seconde fermentation. Le sang peut transformer le glycogène en sucre réducteur, grâce à la diastase qu'il renferme ; le fluorure de sodium n'empêche pas cette fermentation. Le foie transforme son glycogène en sucre, même en présence du fluorure de sodium. Le sang défibriné et oxalaté consomme son oxygène et produit du gaz carbonique. Le fluorure de sodium arrête complètement et définitivement ces phénomènes d'oxalation. Les transformations qui s'accomplissent dans le sang non fluoré sont des phénomènes de respiration vitale. *En résumé*, le fluorure de sodium à 1 °/₀ tue tous les êtres vivants, s'oppose au développement des fermentations vitales sans arrêter les fermentations chimiques. Il permet de déterminer la nature d'un phénomène ayant pour siège les milieux organiques et de le rapporter soit à une action vitale, soit à une action diastasique.

MM. Héricourt et Ch. Richet. — *Influence sur l'infection tuberculeuse de la transfusion du sang des chiens vaccinés contre la tuberculose.* — La tuberculose aviaire vaccine les chiens contre la tuberculose humaine. Si l'on transfuse à des chiens infectés du sang de chien vaccinés on ralentit et même on arrête la maladie. Les animaux témoins sont morts avec une survie moyenne de 32 jours. Des animaux traités par ce procédé, 4 sont morts avec une survie moyenne de 51 jours. Deux sont encore vivants (service de 105 jours).

V. Morax.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 novembre 1892. — Présidence de M. Chauveau.

M. Laveran fait hommage d'un ouvrage de lui sur le *paludisme et ses parasites.*

M. Blocq décrit en détail son appareil destiné à mesurer la *sensibilité à la pression* sur tous les points du corps et insiste sur les différences qui le séparent d'un appareil inventé en 1884 pour le même but par Kammlex.

M. Charrin a étudié avec M. Gley la *multiplicité des effets des toxines.* Les toxines pyocyaniques insolubles dans l'alcool produisent chez la grenouille des effets paralytiques, alors que les solubles n'en déterminent pas. Les deux produits ont, d'autre part, la même action sur le cœur qu'ils ralentissent. Il est à noter que la grenouille est beaucoup plus sensible aux toxines pyocyaniques qu'aux cultures elles-mêmes.

M. Pilliet a étudié les *relations qui existent entre les angiomes de la rate et les kystes hématiques* de cet organe. Les angiomes veineux, probablement congénitaux, présentent la plus grande ressemblance avec les angiomes veineux du foie. Comme ils ne sont maintenus que par une pulpe très molle, ils peuvent présenter des cavités de plus en plus développées, et à l'angiome primitif succède un kyste hématique de la rate, dont le volume peut être très grand par rapport à celui du viscère.

M. P. Bonnier adresse une note sur les *fonctions tubo-tympaniques.*

M. Beauregard a constaté l'existence d'un *canal carotidien chez les roussettes.*

Elections. — M. Chouppe est élu membre de la Société de Biologie par 26 voix contre 17 obtenues par M. Houssaye.

A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 novembre 1892. — Présidence de M. A. Regnauld.

M. Berger communique un *cas de tétanos traumatique chronique à marche progressive guéri par l'amputation.* Il s'agit d'un homme de 28 ans qui se blessa au petit doigt de la main gauche le 23 juillet. Quinze jours après survient de la raideur des mâchoires. Puis les muscles de la nuque, du tronc et des membres inférieurs se prennent, et, le 16 août, il a une attaque de tétanos généralisée, à laquelle en succèdent de nouvelles plus graves tous les jours. On lui administre du chloral jusqu'à la dose de 24 grammes, avec six centigrammes de morphine, mais sans résultat. Le 2 septembre, M. Berger pratique l'amputation du doigt dont l'articulation suppurait d'ailleurs, sur le conseil de M. Roux, qui donna en même temps du sérum antitétanique, préparé selon la méthode de Tizzoni et Cattani, qu'on lui administra en injections à la dose de 40 grammes, représentant 4 grammes d'antitoxine. A la suite de ce traitement, les accidents tétaniques cessèrent et le malade sortit guéri au bout d'un mois. Il est difficile de faire la part de ce qui revient à l'amputation et aux injections antitétaniques. Les expériences de Tizzoni et Cattani, et c'est aussi l'opinion de M. Roux, semblaient devoir faire admettre que ces injections avaient surtout une influence prophylactique, mais étaient impuissantes contre le tétanos déclaré. Néanmoins on a cité des cas de tétanos guéri par ce procédé. En tous cas, ce qui s'impose, c'est la suppression du foyer d'infection tétanique, dût-on recourir, comme dans ce cas, à l'amputation. Dans deux cas où l'auteur a fait ainsi l'amputation, la guérison a été obtenue, tandis que dans une douzaine de cas traités par d'autres méthodes les malades ont tous succombé. Il semble bien que l'infection bacillaire soit limitée à la plaie dans le tétanos.

M. Polaillon n'est pas de l'avis de M. Berger en ce qui concerne ce dernier point. A l'appui de son opinion, il cite le cas d'un homme atteint d'une plaie contuse de la cuisse, qui fut pris trois semaines plus tard de tétanos. M. Polaillon extirpa toutes les parties atteintes par le traumatisme et fit faire par M. Roux des injections d'antitétanine. Néanmoins le malade mourut et l'examen bactériologique des parties enlevées démontra que le bacille de Nicolaïer n'existait pas seulement dans leur centre, mais avait fusé dans la périphérie saine. Il est possible toutefois que cette diffusion se fasse moins facilement au niveau des doigts que dans la continuité des membres, ce qui explique l'utilité de l'amputation dans ce cas.

M. Nocard pense comme M. Berger qu'il est indispensable de supprimer le plus tôt possible le siège du traumatisme où le bacille reste cantonné tout d'abord. Les injections antitétaniques n'ont, en effet, de valeur qu'au point de vue prophylactique. Elles paraissent sans effet dans le tétanos aigu, mais peuvent bien réussir dans les cas chroniques.

M. Weber signale, à l'appui de l'opinion de M. Berger, que chez les animaux tétaniques, après amputation de la queue, il suffit de faire une seconde amputation au-dessus de la première pour faire cesser les accidents.

M. Nocard a déjà signalé le fait dans la discussion sur le tétanos, en 1888.

M. Pitres (de Bordeaux) rapporte une observation mettant en relief la *valeur de l'examen bactériologique dans le diagnostic des formes frustes et anormales de la lèpre.* Il s'agit d'un homme de son service qui fut, pendant quelque temps, considéré comme un syringomyélique et qui était en réalité un lépreux, ainsi que le démontra l'examen bactériologique d'un fragment de nerf excisé sur l'avant-bras. Ce malade présentait une dissociation très nette de la sensibilité, ce qui prouve que cela ne constitue pas un signe pathognomonique de la syringomyélie. Ce fait prouve de plus la nécessité de l'examen bactériologique. M. Pitres conclut que : 1° La lèpre peut donner lieu à un ensemble de troubles trophiques et de

symptômes sensitifs très analogues à ceux qui caractérisent la syringomyélie ; 2° Dans les cas douteux, la recherche méthodique du bacille de Hansen est le moyen le plus sûr que nous possédions pour établir le diagnostic entre ces deux affections ; 3° L'examen bactériologique du sang, du pus sécrété par les troubles trophiques, de la sérosité des vésicatoires placés sur les régions anesthésiques de la peau, ne donne que des renseignements aléatoires et incertains ; 4° Pour que l'examen bactériologique ait toute sa valeur démonstrative il convient qu'il soit pratiqué sur des fragments de tubercules cutanés, s'il en existe, et, s'il n'en existe pas, sur des fragments de nerfs excisés au-dessus de régions de la peau où la sensibilité et la nutrition sont notablement altérées.

M. Théophile Roussel revient sur la question des *cagots des Pyrénées*. Les arguments invoqués par MM. Zambaco et Magitot, pour en faire des descendants des lépreux, ne lui paraissent pas probants. L'histoire prouverait plutôt, en effet, que les cagots sont des descendants de l'ancienne race visigothe persécutée par l'Eglise au v[e] siècle. Quant aux altérations unguéales elles n'ont rien de spécifique et peuvent se rencontrer ailleurs que dans la lèpre.

P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 novembre. — Présidence de M. Desnos.

M. Variot lit une communication sur le *choléra chez les enfants*. Il a eu en tout, à l'hôpital Trousseau, 18 malades. Sur 9 transfusés 6 ont guéri, sur 9 autres non transfusés une seule guérison. La mortalité est donc plus élevée que dans les autres statistiques, mais presque tous ces petits malades furent apportés presque mourants à l'hôpital. On voit cependant que la transfusion intra-veineuse est utile. Le seul inconvénient de cette opération, chez les enfants, est que les plaies cicatrisent lentement. La transfusion paraît le meilleur moyen de lutter contre les troubles de la circulation périphérique, qui semblent jouer un rôle prédominant dans la pathogénie des accidents cholériques et sont évidemment le résultat d'une excitation du grand sympathique et des nerfs vaso-moteurs, probablement amenée par les toxines fabriquées dans l'intestin des cholériques, ainsi qu'il résulte d'expériences tentées sur des lapins avec des extraits aqueux filtrés de déjections cholériques.

M. Galliard fait ressortir que la statistique de M. Variot est en faveur de la transfusion, aussi bien chez les enfants que chez les adultes. En effet, les chiffres de cette statistique sont meilleurs que les autres chiffres cités jusqu'ici, à l'exception de ceux de M. Hayem.

M. Comby cite un cas d'*hystérie convulsive terminé par la mort*. Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, passementière, entrée à l'hôpital Tenon le 5 octobre 1892, forte, vigoureuse, bien constituée, d'un caractère gai et enjoué. Lors d'une première couche, il y a 26 ans, elle a présenté une attaque d'éclampsie très sérieuse. L'enfant a vécu et se porte très bien. Deux autres grossesses sans attaques convulsives, mais les enfants sont morts. Depuis sa première grossesse elle est devenue nerveuse, émotive, mais sans jamais présenter d'attaques hystériques. Depuis un an, la malade présente une lassitude, un manque d'énergie qui l'énervent et lui ôtent le goût du travail. Il y a quinze jours, sans cause occasionnelle, elle est prise brusquement, en causant, d'une faiblesse dans la jambe et le bras gauche. Des frictions à l'alcool camphré font disparaître ces symptômes. Deux semaines après, même engourdissement au membre droit. On constate, à son entrée, une paralysie portant sur les membres inférieurs et supérieurs sans participation de la face. La sensibilité cutanée est conservée, mais le réflexe pharyngien manque. L'examen des viscères de l'abdomen, de la poitrine, ne révèle rien d'anormal. Le cœur est sain. L'urine ne contient pas d'albumine. La malade a conservé son appétit ; elle parle nettement [illegible] nie, quoique la paralysie [illegible] à droite. L'électrisation faradique des membres est prescrite. Après quelques [illegible], la malade peut marcher, se lever, se servir de son bras. Elle allait sortir de l'hopital quand, à la suite d'une emotion penible et violente, elle devint triste, cessa de parler à ses compagnes, se coucha à huit heures se plaignant de froid. Quelques heures après, attaque à grands mouvements. L'interne de garde, appelé, affirme qu'il s'agissait bien d'une attaque d'hystérie. Pas de secousses grimaçantes de la face, pas d'écume à la bouche. La malade se plaint d'étouffer et d'avoir une boule qui lui remonte au cou. Elle meurt à une heure du matin, après la troisième attaque. L'autopsie a été absolument négative. Le cerveau était sain, sans trace de foyer ancien ou récent. Les méninges sont intactes. Du côté du cœur pas d'hypertrophie, pas de lésion orificielle, pas d'athérome artériel. Quelques grammes de liquide dans le péritoine. Les ovaires contiennent de nombreux petits kystes. Bref, l'ouverture du cadavre n'a pas révélé la cause de la mort et, en dernière analyse, on est obligé d'admettre que la malade est morte d'une attaque d'hystérie.

M. Siredey a observé des faits analogues chez un malade atteint d'épilepsie Jacksonnienne.

M. Raymond demande si on a tenu compte de la sécrétion urinaire, car celle-ci peut subir, sous une influence insolite, des modifications dont dépendent des attaques convulsives. Les signes d'hystérie chez la malade ne sont pas très nets. On connait, d'ailleurs, à la Salpêtrière, des cas analogues où les malades succombent. On ne trouve rien à l'autopsie ou seulement un peu d'artério-sclérose.

M. Desnos dit que Briquet lui avait signalé la possibilité de la mort par attaque hystérique.

La Société se forme en comité secret.

L.-R. Régnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 novembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

Un cas de Cholécystentérostomie.

M. Reclus. — Je viens de faire une cholécystentérostomie ou plutôt, dénomination que je préfère, une entérostomie biliaire (1). Il s'agissait d'un malade atteint de troubles digestifs variés, de douleurs, sans accès de colique franche, qui finit par être atteint d'ictère, de démangeaisons fort vives ; en somme de tous les symptômes d'obstruction chronique du canal cholédoque. Cet homme fut examiné à diverses reprises par une foule de médecins et de chirurgiens de renom, français et étrangers. On diagnostiqua successivement : cancer de la tête du pancréas, calcul du cholédoque, cirrhose secondaire à une obstruction biliaire. En fin de compte, M. Terrier, consulté, proposa, à l'encontre de M. Czerny, une laparotomie exploratrice, dans le but de faire au cours de cette opération, soit une cholédochotomie, soit une cholécystentérostomie, suivant la lésion que l'on trouverait. Czerny (d'Heidelberg) avait été d'abord du même avis ; mais, plus tard, en raison de l'état général du malade, il avait refusé d'intervenir.

M. Reclus opéra le 13 août 1892. Il trouva un foie très gros, ne reconnut pas d'abord la vésicule biliaire, mais finit cependant par la découvrir et constata qu'elle était énormément distendue par de la bile. Puis, sur le cholédoque, il rencontra une tumeur grosse comme une noix. Il crut de suite à un calcul et songea un instant à l'enlever. Mais, bientôt, trouvant le champ opératoire trop profondément situé, croyant impossible la suture du cholédoque incisé dans de telles conditions, il se borna à faire ce qu'il appelle une entérostomie biliaire, c'est-à-dire une cholécystentérostomie. Il ponctionna d'abord la vésicule d'où il put extraire 180 gr. de bile, puis fit l'opération par le procédé des deux boutonnières (Delagénière), très légèrement modifié ; fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

Les fonctions biliaires se rétablissent peu à peu, non sans quelques incidents ; cependant le malade va aujourd'hui aussi bien que possible.

(1) Nous nous permettrons de faire remarquer à M. Reclus que cette dénomination n'est pas heureuse. C'est là un mot nouveau absolument inutile parce qu'il n'est pas assez précis : il s'applique [illegible] à la [illegible]*entérostomie* qu'à la *cholécystentérostomie*. En se servant de ce mot pour désigner l'anastomose [illegible], M. Reclus laisse à penser qu'il ne croit pas à la possibilité de la cholédochoentérostomie. Or l'opération a été ébauchée par Kocher et faite avec succès par Sprengel.

M. Reclus est d'avis que probablement le calcul du cholédoque comprimait un peu le canal pancréatique ; d'autre part, il maintient que l'extraction du calcul n'était guère possible sans faire courir de grands dangers à son client. Il a fait l'abouchement de la vésicule avec l'intestin grêle, parce qu'il n'a pas pu amener la vésicule au contact du duodénum. Cette anastomose, à une certaine distance de l'anse jéjunale, est peut-être la cause des troubles digestifs qui ont persisté quelque temps après l'opération. En terminant, M. Reclus insiste sur la nécessité d'opérer de bonne heure et de faire, dans ces cas-là, une laparotomie précoce, à supposer même qu'elle dût rester exploratrice (1).

M. Terrier. — L'opération de M. Reclus était, en effet, très indiquée. Pourtant, il me reste un doute sur le diagnostic posé par mon collègue au cours de l'intervention. Je crois à un cancer ou à une tumeur quelconque plutôt qu'à un calcul du cholédoque. Ceci pour les raisons suivantes : 1° La symptomatologie présentée par le malade ; 2° Un examen insuffisant de la tumeur au cours de l'opération (on aurait dû la ponctionner avec une aiguille, à la manière de Thornton, pour s'assurer si au centre il y avait bien un calcul) ; 3° A la constatation, pendant l'intervention, d'une *dilatation énorme de la vésicule*. De recherches récentes, en effet, il résulte que, dans presque tous les cas de calcul du cholédoque, il y a *atrophie de la vésicule*, tandis qu'il y a dilatation dans les cas de tumeurs comprimant ce conduit. L'amélioration causée par la cholécystentérostomie n'a rien d'étonnant. Il en est de même après la gastroentérostomie. D'ailleurs, rien ne prouve qu'il s'agisse là d'une tumeur maligne. J'insiste sur l'importance clinique de cette remarque : l'atrophie de la vésicule dans les cas de calcul du cholédoque. Je ne critiquerai pas le point d'abouchement choisi par M. Reclus. Dans la cholécystentérostomie on fait ce qu'on peut et l'anastomose cystico-duodénale n'est pas toujours possible. En outre, je n'ai jamais entendu parler de la possibilité de la compression du canal de Wirsung par un calcul du cholédoque : ce qui me porte encore à douter de l'existence d'un calcul dans ce fait.

M. Routier. — Je tiens à faire remarquer qu'il n'est pas nécessaire de suturer le cholédoque après la cholédochotomie. On sait, de par des faits expérimentaux, que la bile peut couler impunément dans le péritoine. Les lésions des conduits biliaires se ferment très rapidement.

M. Terrier. — Il faut distinguer : il y a bile et bile. Dans certains cas elle est aseptique et elle n'est pas dangereuse, même quand elle tombe dans le péritoine. Si elle est septique, il n'en est plus ainsi. Or, on ne peut connaître son degré de septicité qu'après des expériences de laboratoire. D'autre part, il y a parfois des adhérences abondantes, péri-hépatiques, qui rendent extrapéritonéal le champ réservé aux opérations sur les voies biliaires. Dans ces cas, la bile, même septique, n'est pas très dangereuse, si elle peut s'écouler librement au dehors et ne pas pénétrer dans l'abdomen.

M. Prengrueber. — Je puis citer un cas d'obstruction du cholédoque pour lequel je ne crus devoir faire qu'une cholécystostomie. La malade mourut deux mois après. A l'autopsie, je trouvai une *tumeur* limitée à l'orifice du canal de Wirsung, large comme une pièce de 5 francs. *La vésicule était très dilatée.* Dans ce cas, c'est le canal pancréatique accessoire qui amenait le suc sécrété par le pancréas dans l'intestin. Le pancréas avait pu continuer à fonctionner dans ces conditions.

M. Reclus. — J'insiste cependant sur l'amélioration indiscutable de mon malade. Je ne crois guère à un cancer du pancréas, dont l'évolution est d'ordinaire rapide. La bile dans ce cas était *aseptique* et il n'y avait *aucune adhérence* périhépatique (2).

(1) Il y a longtemps que nous prêchons, dans le même sens, pour bien des affections du foie. Mais il y a encore des... deserts dans le monde médical.

(2) Nous [illegible] tout particulièrement [illegible] tion qu'il a [illegible] [illegible] mis en [illegible] *[illegible]* pla[illegible] en faveur d'une *tumeur*, [illegible] en faveur de l'hypothèse de M. Terrier. Dans les cas de calculs anciens du cholédoque, en effet, souvent la bile est septique et presque toujours il y a des adhérences autour du conduit biliaire.

M. Terrier. — Je prie M. Reclus de ne pas oublier qu'il y a des tumeurs de la tête du pancréas qui ne sont que des adénomes et qui partant évoluent lentement.

M. Bazy présente deux instruments nouveaux : un *accumulateur à galvanocaustie* et un *accumulateur pour faire de la lumière électrique*.

M. Schwartz présente une *tumeur de la capsule surrénale* enlevée par la néphrectomie avec le rein correspondant.

Marcel Baudouin.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

LA GRIPPE.

I. — Thermométrie clinique de la grippe envisagée comme maladie spécifique ; par le Dr Menu. Lyon, 1892. Léon Delaroche, edit

II. — L'influenza à Lyon et dans la 14e région du corps d'armée ; par le Dr Salmon. Th. de Lyon, 1891.

III. — Pathology and prevention of influenza ; par J. Althaus. London, Longmans, editor, 1892.

IV. — Die Influenza. Epidemia in Riga ; par le Dr Krauhals. Saint-Pétersbourg, 1891.

V. — Epidemic influenza ; par le Dr Richard Sisley. London, 1891. Longmans, Green, edit.

VI. — A study of influenza and the laus in England ; par le Dr Sisley. 1892. Longmans, editor.

VII. — Die influenza Epidemie 1889-1890 ; publiée par la Société de Médecine de Berlin, sous la direction de MM. Leyden et Guttmann. Wiesbaden, 1892.

I. — Voici les conclusions de cette thèse : La grippe a un tracé thermique spécial, à allures nettement déterminées. Son caractère le plus essentiel réside dans la production d'une rechute fébrile qui se manifeste dans un laps de temps plus ou moins éloigné de la défervescence thermique. Comme caractère secondaire, on peut signaler une encoche profonde, en forme de V, se produisant pendant l'acné fébrile, et qu'on peut envisager comme un véritable collapsus thermique Ce collapsus thermique semble très vraisemblablement dû à l'action des toxines grippales sur les centres calorifiques ; il paraît indiquer une imprégnation plus profonde par le poison grippal. Cette donnée de l'évolution cyclique de la fièvre grippale, et surtout la réascension, qui sont souvent la 1re atteinte, nous indiquent qu'on peut éviter un certain nombre de complications de la grippe, par des soins et des précautions hygiéniques sévèrement observés au moment de cette rechute. L'auteur a pu observer des phénomènes assez semblables se produire chez des animaux, auxquels MM. Roux et Pittion avaient inoculé des cultures de la bactérie que ces auteurs ont retirée de l'urine des grippés.

II. — La grippe a revêtu à Lyon les formes ordinaires ; néanmoins on peut noter la fréquence des exanthèmes, le grand nombre de formes nerveuses. L'épidémie n'a pas revêtu les caractères ordinaires d'instantanéité qu'on lui attribue. La durée de sa propagation d'une localité à une autre a été assez variable ; l'auteur relate plusieurs faits prouvant nettement sa nature contagieuse et infectieuse. L'intensité de la grippe et de ses complications a été favorisée par les troubles cosmiques.

III. — L'auteur admet que le micro-organisme ignoré de la grippe sécrète un poison : grippo-toxine qui engendre tous les désordres de la maladie. Environ deux jours après le début, il se produit un second principe, qui se répand dans le sang de l'individu infesté, comme le premier, c'est l'anti-grippo-toxine, principe chargé de détruire les effets graves engendrés par le premier. Si la quantité de l'anti-grippo-toxine sécrétée est suffisante, il ne se produit pas de rechute, sinon l'attaque peut se reproduire même plusieurs fois. Althaus compare le virus grippal au virus syphilitique, surtout à cause de leur prédilection pour le système nerveux. Le poison grippal agit donc spécialement sur les centres nerveux ; on en a pour preuves la céphalalgie du début, la fièvre, les douleurs névralgiques. C'est aussi, pour l'auteur, par

l'intermédiaire du système nerveux, que ce poison détermine la dyspnée, la catarrhe bronchique et pulmonaire, en agissant sur les nerfs pneumo-gastriques. Il produirait aussi par la même méthode les troubles gastro-intestinaux. Les troubles nerveux qui suivent la grippe sont causés par une infection chronique du système nerveux, par la grippo-toxine. Le vrai traitement, dans une grippe à venir, serait, pour l'auteur, la revaccination au moyen de la lymphe animale qui aurait, d'après Golschmidt, diminué la gravité de la maladie dans l'armée allemande.

IV. — L'auteur relate tous les cas qu'il a observés à Riga, et donne une récapitulation très complète de tous ces cas. Il énumère toutes les complications de la grippe que nous connaissons tous. Il est néanmoins assez difficile de retrouver une catégorie de faits dans ce mémoire de 62 pages, où il n'y a aucune division et pas de table.

V. — Quoi qu'en dise l'auteur, son livre est une étude complète de l'étiologie et de la pathogénie de la grippe. Après avoir discuté le nom de cette maladie, qu'il appelle, dit-il, influenza, parce qu'aucune autre ne porte ce nom, il examine les différentes causes qui facilitent ou engendrent la grippe. Il admet que cette affection est due à un micro-organisme. L'auteur approfondit ensuite la question de la propagation, de la contagion de l'influenza. M. Sisley s'attache à montrer que la propagation de la grippe à distance par les vents et non par la contagion est une erreur, un « produit de l'imagination » et non une opinion reposant sur des faits. Pour lui, l'influenza s'est toujours propagée par la contagion par l'homme ou par les objets. Les épidémies sont toujours précédées de cas isolés ; les grandes villes sont toujours atteintes avant les petites villes ou les villages. Les personnes isolées : prisonniers, religieux, ont pu échapper à la maladie. M. Sisley passe en revue les différentes épidémies d'influenza en Europe et surtout en Angleterre et en France, pour arriver à démontrer que, dans toutes les épidémies, on peut suivre la contagion d'un pays à un autre et d'une ville à l'autre. La période d'incubation semble être de 2 à 4 jours, mais cependant rarement plus de 2 jours et souvent moins de 24 heures, comme l'auteur a pu s'en convaincre sur des cas de contagion à bord d'un bateau. Enfin, il semblerait, d'après les recherches des vétérinaires, que l'influenza n'ait pas attaqué les animaux pendant la dernière épidémie.

VI. — Dans ce second volume la Dr Sisley montre l'extension de l'infection grippale à Londres, et la comparaison entre la mortalité de cette ville et celle des autres grandes capitales durant la même semaine de 1889 et 90. L'auteur relate en outre tous les actes publics édictés par l'autorité pour enrayer l'épidémie. Il s'attache à démontrer que ces lois sont insuffisantes, et qu'il devrait y avoir accord entre le Public Health Department et le Metropolitan Sanitary.

VII. — Ce livre volumineux est la récapitulation de presque tout ce qui a été écrit sur la grippe, et le compte rendu général des modalités et des complications qu'a présentées l'épidémie en Allemagne. La bibliographie faite par Würzbourg est à peu près complète. La statistique générale, comprenant le début et la fin de l'épidémie dans chaque ville d'Allemagne, est due à Rahts et Buge ; Lenbrartz a décrit la marche de l'épidémie en Europe, en 1889-90, et Wolff en 1891-92. La pathologie générale a été traitée par Ribbert ; les symptômes par Litten ; Riess, Zülzer et Stricker font ensuite le catalogue de toutes les complications de la grippe observées en Allemagne ; il a joint à son travail un grand nombre de cartes explicatives. Enfin les diverses complications ont été décrites par Litten, Lazarus, Horstmann, Hartmann, Jastrowitz, Fürbringer. Les chapitres suivants comprennent : la mortalité par Guttmann ; le traitement, par Fürbringer ; la grippe chez les enfants, par Baginsky ; chez les prisonniers, par Baer. De nombreuses cartes de l'Europe et d'Allemagne, destinées à montrer la marche de l'épidémie et le nombre des complications et de la mortalité, complètent cet ouvrage fort important et fort intéressant à consulter.

A. RAOULT.

REVUE D'ASSISTANCE PUBLIQUE

I. — **De l'Assistance publique au Havre** ; par le Dr GIBERT.
II — **De l'Assistance publique à Rouen** ; par le même auteur, en collaboration avec le Dr BATAILLE. Le Havre, imprimerie du Commerce, 1891. Une brochure in-8°.

I. — Cette intéressante brochure due à la plume autorisée de deux excellents praticiens expose sous un jour nouveau les différentes améliorations au point de vue de l'Assistance apportées au Havre et à Rouen.

Dans la première partie, M. le Dr Gibert rend compte des travaux de la Commission havraise, nommée par le Conseil municipal de cette ville pour s'occuper des réformes à apporter.

Dans un excellent chapitre très succinctement écrit, M. Gibert relate l'état actuel de l'Assistance publique du Havre. Le bureau de bienfaisance y fonctionne suffisamment, mais ce qui lui manque, ce n'est ni la bonne volonté ni le dévouement de ses administrateurs mais une organisation plus complète. Le mouvement de la population indigente comportait, au 31 décembre 1888, 8328 personnes de tout âge secourues, soit une proportion de 7.45 sur 100 habitants. 899 ménages sont secourus à titre permanent ; 1.186 ménages le sont à titre temporaire. A ces chiffres, il faut ajouter tous les indigents qui reçoivent les secours médicaux et tous ceux bien plus nombreux que le règlement du Bureau de bienfaisance ne lui permet pas de secourir ; les familles de 4 enfants « seules » ayant droit à ces secours.

En 1881, les secours en nature ont été de 134.527 fr.; ceux en argent de 18.622 fr., soit 93 fr. 88 par ménage et 23 fr. 65 par indigent.

Les secours médicaux se divisent en consultations aux bureaux de bienfaisance et en visites à domicile. Le chiffre en bloc des consultations a été, en 1888, de 21.379, chiffre bien au-dessous de la vérité. Le nombre des visites à domicile n'a été que de 4.792 en 1889. Cela tient, dit M. Gibert, à ce que les indigents du Bureau qui ont besoin d'un médecin doivent se munir d'une carte ; ils la portent chez le médecin à toute heure du jour, et ce n'est que le lendemain et quelquefois le surlendemain que le médecin se rend à son appel. Le malade impatienté a eu le temps de gagner l'hôpital.

M. Gibert parle ensuite des indigents valides qui sont visités soit par les religieuses, soit par les dames de charité. Ces derniers sont secourus utilement. Mais il est une autre catégorie sur laquelle des personnes charitables, dont la demeure est assiégée se procurent des renseignements insuffisants et secourent souvent à tort. A ce sujet, M. Gibert demande qu'une enquête soit faite sur la situation de ces mendiants.

Pour faire suite à cette première partie, l'auteur fait passer devant nos yeux le résumé du compte rendu des hôpitaux du Havre. Il continue en exposant la situation des vieillards de l'hospice dont le prix de journée revient à 1 fr. 38. Il demande ce que nous avons également demandé bien des fois, l'organisation des secours à domicile pour les vieillards ou pension représentative qui diminueraient de beaucoup les frais et rendraient service à certains pensionnaires qui, grâce à ce modeste secours, pourraient encore vivre au milieu des leurs.

M. Gibert nous fait encore passer en revue le mode de consultation d'hôpital, le traitement à domicile et les dispensaires, et termine par un très complet chapitre sur l'*organisation méthodique de la bienfaisance*. Il conclut en demandant : 1° d'établir sur de plus larges bases la consultation externe des hôpitaux ; 2° D'annexer à chaque hôpital un dispensaire dont le personnel soit différent de celui de l'hôpital, tout en lui étant rattaché ; — 3° Supprimer le droit des médecins de la ville et des commissaires de police d'envoyer des malades à l'hôpital ; — 4° Transformation des bureaux de bienfaisance en dispensaires ; — 5° Provoquer la création d'une Société libre de bienfaisance qui, sans toucher aux institutions existantes, les complète toutes et réunisse enfin dans un seul faisceau toutes les bonnes volontés, toutes les ressources de la charité privée. C'est ce que fait depuis trois ans et veut développer de plus en plus, malgré les attaques incessantes dont elle est à tort l'objet, la policlinique de Paris ; —

6° Que le Conseil municipal du Havre fasse la lumière sur toutes ces questions, etc , etc.

Le mémoire de M. Gibert est un de ceux que toute personne soucieuse des choses qui touchent à l'Assistance doit lire et méditer. Il y a à tirer des faits si clairement exposés par le savant praticien un enseignement pratique et d'excellents conseils dont beaucoup pourraient être suivis à la lettre.

II. — Dans un second mémoire, en collaboration avec le Dr Bataille et adressé à MM. Cerné et Brunon, la question de l'Assistance publique à Rouen est traitée de main de maître. En voici les conclusions : Nécessité à Rouen d'un Bureau de bienfaisance avec un service médical aussi restreint que possible ; — Société de bienfaisance assistant les indigents valides momentanés ; — Hôpital donnant soit à sa porte, soit dans ses salles, tous les soins désirables aux malades, en spécialisant les consultations ; — A côté, favoriser toutes les œuvres charitables personnelles (*dispensaires, policliniques*) qui fonctionnent *avec économie* et rendent les plus grands services à la population. « Nous croyons, disent les auteurs, qu'on peut arriver ainsi à l'application de la formule : Hospitolisation réduite au nécessaire, et le faire dans les conditions les plus économiques. » C'est tout à fait notre avis.

Albin Rousselet.

BIBLIOGRAPHIE

Luxation supra-cotyloïde ; par le Dr John Ridlon (*New-York Medical Journal*, 23 mai 1891).

La luxation de la hanche directement en haut est très rare ; aussi l'auteur se croit par ce fait autorisé à rapporter le cas suivant. Georges, A.-S., âgé de 16 ans, fut envoyé en consultation par le Dr Ch.-P. Clark de Brooklyn à l'auteur qui l'examina le 3 mai 1870. Un an auparavant, pendant qu'il essayait de se pencher en arrière, les pieds étant écartés, les orteils tournés en dehors, il sentit quelque chose glisser dans sa hanche droite ; il ressentit de la douleur, mais, après un moment de repos, il put gagner sa maison ; il fut soigné par des liniments et d'autres traitements externes. Il pouvait marcher sans trop de souffrance ; mais parfois la nuit il avait de violents élancements qui augmentèrent graduellement jusqu'au moment où il vint consulter le Dr Clark, il y a huit semaines ; depuis lors il a été confiné au lit et traité par un appareil à traction (14 livres) ; pendant cette période il n'a pas souffert.

Examen : Le malade marche sans souffrance évidente ; la jambe droite est courte, tournée en dehors et ne dépasse pas la gauche en marchant. La fesse est aplatie en arrière du grand trochanter droit ; couché, la cuisse gauche peut être fléchie sur la poitrine sans que l'espace poplité quitte la table. Le flexion active ou passive de la jambe droite est impossible. Le membre est en rotation en dehors de 45° et peut être amené en rotation en dehors passivement jusqu'à 90° ; la rotation interne est impossible. La jambe gauche peut tourner en dehors jusqu'à 60° ; mais pour la rotation en dedans, au degré habituel, on peut porter la jambe facilement, seulement jusqu'à porter le pied parallèlement antéro-postérieur du corps. Debout, l'extension de la cuisse sur le bassin est normale et libre. En arrière, la courbure passive de la colonne lombaire est normale. Le grand trochanter droit est à 3/4 de pouce au-dessus de la ligne de Nélaton. Couché, on trouve un raccourcissement du membre de 3/4 de pouce de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole interne. Dix pouces au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure la circonférence de la cuisse droite est de 7/8 de pouce plus petite que la gauche. Aucune déformation latérale du membre adduction ou abduction, et il y a une très petite mobilité passive dans chaque direction. Il n'y a aucun gonflement apparent dans l'aine droit ni à la vue ni au toucher superficiel mais quand on appuie sur le trochanter avec les doigts, le pouce appuyé fortement là où on doit trouver la tête du fémur et le membre étant en rotation externe, la tête du fémur peut facilement rentré s'élever à chaque mouvement de rotation. Le malade fut envoyé au Dr Clark avec des notes sur son état.

L'auteur, malgré ses tentatives n'a pas reçu de nouvelles du malade et ignore le résultat des tentatives de réductions sous le chloroforme, ni des deux opérations sanglantes qui ont été pratiquées.

En un mot, il s'agit d'un jeune homme fort, de 16 ans, ayant des hanches lui permettant une rotation interne anormale, se tenant debout, les jambes écartées, les orteils tournés en dehors, et fléchissant le corps en arrière, alors la tête du fémur a glissé sur l'acétabulum, probablement une déchirure de la capsule, minime, si toutefois elle existe, et s'est logée au-dessus du bord cotyloïde sous le fort ligament en Y et le droit antérieur. Il a pu aussitôt marcher et cela sans douleur évidente ; les douleurs sont venues tardivement et ont été guéries par l'extension. Les luxations en haut sont de trois sortes ; la plus fréquente est secondaire à une luxation en arrière et résulte de l'extension, l'abduction et la rotation en dehors après le premier déplacement ; dans ces cas il y a un raccourcissement de deux à trois pouces et le membre est en flexion légère. Le ligament en Y est en avant de la tête fémorale, et on doit d'abord replacer le membre dans la position postérieure avant de tenter la réduction définitive. Ensuite vient la luxation consécutive à un déplacement antérieur, il y a une abduction extrême et une flexion du membre ; le raccourcissement est plus ou moins grand ; on sent la tête du fémur au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Alors le ligament en Y est à la partie postérieure de la tête. Pour réduire il faut également ramener la tête dans la position antérieure. La troisième forme, très rare, est la luxation directe en haut. le ligament en Y est tendu au-dessus de la tête. Dans notre cas, la production du déplacement a eu lieu, le membre était fortement tourné en dehors, modérément en abduction et en extension complète ; puis une rotation rapide en dedans, une flexion et adduction.

Le diagnostic entre cette luxation et la fracture du col du fémur repose sur ce fait : dans la fracture du col, la position du membre est la même, mais l'impotence est complète, il lui est impossible de marcher, tandis que dans la luxation il marche assez facilement et peut-être sans aucune douleur.

R. Sorel.

Traité élémentaire de Physiologie d'après les leçons pratiques de démonstration, précédé d'une introduction technique à l'usage des élèves ; par J.-V. Laborde, directeur des travaux pratiques de Physiologie à la Faculté de médecine. — Paris, Société d'Editions Scientifiques, 1892.

Depuis l'institution des travaux pratiques dans les Facultés de médecine des différentes nations, on voit se multiplier les traités pratiques faits par les chefs de ces travaux et résumant leur enseignement. C'est là, à notre sens, un double bien. D'abord, ces livres, simples commentaires des faits observés, simples guides pour l'étudiant, sans phrases inutiles, sont beaucoup plus utiles que les traités ordinaires. Il est clair que les grands traités dogmatiques ont fait leur temps, et que les livres résumant l'ensemble d'une science seront de plus en plus des œuvres de coopération, comme le manuel de Strickler pour l'histologie, le livre de Zienissen pour la pathologie interne, et d'autres ouvrages plus modernes, tous conçus suivant le même plan. Mais, à côté de ces œuvres détaillées, le livre plus petit et plus commode ne sera plus un simple résumé plus ou moins condensé, un manuel ; ce sera l'œuvre même du chef des travaux, plus utile, parce qu'elle sera plus près de la vérité et plus appropriée au but à poursuivre dans tout l'enseignement scientifique, médical ou autre. Ce but n'est autre que l'expropriation de la rhétorique et des cours purement oraux, et la mise au premier plan de la leçon de choses.

Le second avantage que nous trouvons aux œuvres publiées par ceux qui sont chargés d'un service de travaux pratiques, c'est que, résumant l'initiative du chef, ils permettent à tous de la juger et de la critiquer, ce que ne peuvent toujours faire les étudiants qui suivent les travaux. La masse du public est à même d'apprécier l'originalité de chacun et la direction bonne ou mauvaise qu'il donne à son enseignement. Dans ce journal, il y a quelques semaines, a paru le compte rendu d'un livre de Frédéricq, l'habile physiologiste belge dont tous les membres du dernier Congrès viennent d'admirer le

laboratoire et les installations. Ce qui nous frappait surtout dans ce livre, c'est l'entente judicieuse des démonstrations de chimie physiologique qui rentraient dans le cadre de la physiologie. C'était là l'originalité de l'œuvre. Celle du livre de M. Laborde n'est pas moins grande, mais elle résulte d'une toute autre conception. Dans la première partie de son programme d'expériences qu'il nous donne aujourd'hui, il s'est attaché à résoudre et a merveilleusement résolu le problème le plus difficile peut-être de la physiologie. Prendre tout ce qui existe sur les fonctions du cerveau, le condenser, le résumer en quelques pages claires et précises, faire suivre chaque chapitre d'un index suffisant pour que l'élève puisse, si le sujet l'intéresse, remonter aux sources ; ce serait là une œuvre déjà méritoire. Les travaux de Fritchy, de Hityçq, de Ferrer, de Broca, de Charcot, ceux de Laborde lui-même, ont été le point de départ d'une foule de recherches qu'il est indispensable de condenser et d'exposer avec un esprit de critique qui ne vient qu'à l'homme possédant à fond son sujet. Mais l'auteur a fait plus, et ce n'est pas un exposé des idées ayant cours ou des expériences faites qu'il nous a données, c'est le déterminisme de ces expériences même. C'est en pratiquant telle section, telle destruction, que l'élève apprendra et retiendra la physiologie si compliquée des centres nerveux. C'est l'expérience même qui sert de guide dans l'étude. La précision des descriptions techniques et l'abondance des figures rendent la tâche en apparence aisée.

Nous signalerons tout spécialement le chapitre relatif aux fonctions du cervelet et celui qui traite des fonctions du langage, qui, dans leur brièveté, résument exactement tout ce que l'on peut dire sur ce point de physiologie. P.

Société médico-pharmaceutique de Berne. Troisième session du semestre d'hiver 1891-1892.

Le professeur Sahli présente un homme, nommé Wunder, atteint d'une fistule congénitale du sternum, qui a déjà été présenté par Ziemssen à l'assemblée des naturalistes à Wiesbaden, et, en 1879, par Penzoldt à Erlangen et par John.

Les deux clavicules sont normales, mais séparées l'une de l'autre. Une étroite bande les réunit au-dessus de la fissure du sternum. La fissure est couverte par la peau et au-dessous on sent les tendons des muscles s'insérant ordinairement au manubrium. La fissure dans la station a une largeur de 5 à 6 centimètres, elle se rétrécit en descendant et cesse au niveau de la mamelle où un pont osseux réunit les deux bandes sternales. Dans la fissure au-dessous de la peau on sent un corps pulsatil. Le malade peut volontairement agrandir ou rapetisser sa fissure par la contraction de ses pectoraux.

La percussion du cœur, autant qu'une anomalie permet de tenir compte des résultats de la percussion, indique que sa situation et sa grosseur sont normales. La partie pulsatile est avec le plus de vraisemblance l'aorte. En outre de cette pulsation aortique, on voit encore une petite pulsation pas tout à fait synchrome, qui est due à la diastole de l'oreillette droite. Ce cas montre aussi la mobilité du cœur. Dans l'inspiration, la partie pulsatile descend ; dans l'expiration elle monte. Quand on percute dans la partie supérieure de la fissure sternale, on a un son tympanique. A l'auscultation on a une inspiration vésiculaire accentuée et une faible expiration bronchique. La pression négative dans le thorax pendant l'inspiration produit un enfoncement au niveau de la fissure sternale, et la pression positive pendant l'expiration un soulèvement. Dans l'expiration forcée ou dans l'effort on entend, au moment où cette partie de poumon se gonfle, un bruit vésiculaire caractéristique. Ce murmure a le même caractère que le murmure vésiculaire normal. Ce fait parle décidément contre la théorie de Beer-Penzoldt sur la genèse du murmure vésiculaire, d'après laquelle il ne dépend pas de l'extension respiratoire du poumon, mais serait un bruit trachéal ou bronchique propagé, modifié à travers le tissu pulmonaire. Ce cas nous montre avec certitude que le murmure vésiculaire est dû à la pénétration de l'air dans le tissu pulmonaire même. R. SOREL.

Traitement de l'hypertrophie des amygdales ; par MOURE. — Doin, éditeur. Paris, 1892.

Le traitement de l'hypertrophie des amygdales doit varier suivant que l'on a affaire à des amygdales pédiculées, à des amygdales encapuchonnées ou à des pseudo-hypertrophies amygdaliennes : 1° Pour les amygdales pédiculées, M. Moure conseille l'ablation, spécialement par l'instrument tranchant (de préférence l'amygdalotome de Fahnestock) ; dans certains cas, chez l'adolescent et chez l'adulte, une section lente par l'anse galvanique avec le fil porté au rouge sombre rendit de grands services. 2° S'il s'agit d'amygdales enchatonnées ou encapuchonnées, l'amygdalotomie devra presque toujours être rejetée chez l'enfant, toujours chez l'adolescent et l'adulte et remplacée par la cautérisation galvanique ou thermique, suivant les sujets. 3° Dans les pseudo-hypertrophies amygdaliennes la suppression des amygdales est inutile ; en se bornant à nettoyer les glandes à l'aide de curettes mousses et en cautérisant le pourtour et le fond de chaque lacune au galvanocautère, on obtient souvent la guérison de la maladie. Néanmoins, le galvanocautère peut avoir l'inconvénient de déterminer la soudure de l'orifice des cryptes sans en guérir le fond, d'où l'inclusion des produits sécrétés dans un cul-de-sac sans orifice et la possibilité de voir survenir des inflammations aiguës, voire même des abcès. C'est pour obvier à ces inconvénients que M. Hoffmann proposa, en 1884, la déchirure des brides ou cloisons séparant les diverses lacunes amygdaliennes. Repris et préconisé, en Allemagne, par M. Moritz Schmidt, ce traitement a été importé en France par le regretté Dr Calmettes, sous le nom de discission et appliqué surtout par MM. Lubet-Barbon et Alfred Martin, qui ont essayé de le vulgariser chez nous et d'en faire un traitement classique de l'amygdalite lacunaire. L'auteur préfère le stylet mousse coudé au crochet pointu, instruments dont nous rejetons l'emploi, car nous considérons comme supérieur notre cautère en serpette que nous avons jadis recommandé pour la section des polypes pédiculés et pour la cautérisation de la partie postérieure des cornets. J. BARATOUX.

Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents survenant par l'emploi des scaphandres ; par M. le Dr Michel CATSARAS, professeur agrégé à la Faculté d'Athènes. — Lecrosnier, éditeur.

Ce travail est basé sur des observations de malades traités à Hydra et à Egine où les scaphandriers sont en grand nombre. Les accidents observés frappent le système nerveux central et donnent lieu à des manifestations diverses qui ne peuvent rentrer dans une maladie quelconque connue de la moelle épinière ; c'est ainsi qu'on observe la forme centrale, spinale, latérale ; la forme spinale centrale postéro-latérale ; la forme centrale spinale postérieure ; la forme spinale postérieure ; la forme spinale paralytique transitoire ; la forme unilatérale.

La partie physiologique de cet ouvrage est particulièrement intéressante ; à l'aide d'expériences bien conduites, l'auteur nous démontre clairement que les accidents observés reconnaissent pour cause le développement de gaz dans le sang, aussi bien dans le système veineux que dans le système artériel, en cas de changements brusques de pression. Les lésions sont d'autant plus graves qu'elles sont déterminées par les bulles gazeuses arrêtées dans les artérioles ; lorsque les gaz ne se produisent que dans le système nerveux, le danger est relativement moindre. C'est là la confirmation de l'opinion émise en 1875 par Paul Bert. G. PELTIER.

Les notations optiques du microscope ; par RAUGÉ. — Paris, O. Doin, 1892.

Il s'agit, dans cette brochure, d'uniformiser les dénominations des objectifs et des oculaires en leur donnant une base mathématique sérieuse. Ainsi l'objectif ne porterait plus un numéro arbitraire, variant d'un fabrique à l'autre, mais la désignation de son angle d'ouverture et de sa puissance de concentration. C'est ce que l'on fait déjà pour un certain nombre d'objectifs apochromatiques ; et les Anglais ont depuis longtemps l'habitude de désigner les objectifs par leur distance locale. M. Raugé propose d'étendre cette réforme à tous les objectifs courants, ce qui simplifierait beaucoup, il faut l'avouer, les notations microscopiques.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous venons de voir le premier numero de l'edition anglaise de la *Semaine médicale*, qui porte le titre de *The Medical Week* et est imprimee à Paris, comme l'edition française.

VARIA

Incident de l'hôpital Saint-Antoine (*Suite et fin*).

Nous avons parlé des manifestations et des réunions qui ont eu lieu, la semaine dernière, à propos de l'incident survenu à l'hôpital Saint-Antoine, entre une commission du Conseil municipal et un externe de l'hôpital. Nous avons terminé notre récit à la journée du vendredi 25 novembre. Toutefois, nous devons dire que la *Société des médecins des hôpitaux* a entendu, ce jour-là, en comité secret, les délégués des internes des hôpitaux, MM. Berger, J.-B. Charcot, Martin, Lerou et Pressat, et a voté l'ordre du jour suivant de M. Debove :

« La Société des médecins des hôpitaux exprime le vœu que M. Salmon, vu les excuses qu'il a faites et écrites, soit réintégré dans ses fonctions et que les élèves des hôpitaux reprennent leurs concours et leurs travaux. »

Cet ordre du jour a été transmis à M. Peyron.

Le lendemain samedi, une première réunion a eu lieu à l'amphithéâtre Cruveilhier où assistaient seulement les internes. Les orateurs ont insisté sur la nécessité d'appuyer les réclamations des externes, et l'assemblée a voté l'ordre du jour suivant :

« L'assemblée des internes, réunie dans l'amphithéâtre Cruveilhier, se déclare solidaire des externes, confirme le comité dans la mission qui lui a été confiée précédemment par l'Assemblée générale pour obtenir, par des moyens de conciliation, la réintégration de leur camarade Salmon dans les hôpitaux. »

Cet ordre du jour a été porté à la connaissance des délégués des externes et internes réunis le soir à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique. M. J.-B. Charcot a rendu compte des démarches effectuées les jours précédents par le Comité, ainsi que de son entrevue avec la Commission du Conseil municipal, et communiqué la décision de la 5e Commission résumée dans cette phrase :

« La cinquième Commission du Conseil municipal, à l'unanimité des membres présents, autorise le Comité des internes et des externes à affirmer à leurs camarades : que, le jour même de la reprise des concours, elle fera auprès de M. Peyron une démarche en vue d'obtenir la réintégration de M. Salmon dans son service. »

Cette communication a été applaudie par la majorité des étudiants présents. Le lendemain, cette décision a été portée à la connaissance d'une réunion générale des internes et externes qui ont approuvé la conduite de leurs délégués et voté un ordre du jour ainsi conçu :

« L'assemblée générale des internes et des externes, considérant que la 5e commission du Conseil municipal qui a provoqué la punition de M. Salmon a pris l'engagement formel de demander elle-même le jour de la reprise des concours la réintégration de notre camarade dans l'hôpital ; Considérant, d'autre part, que cette démarche sera, suivant un engagement non moins formel de M. Peyron, immédiatement suivie d'effet, estime que l'incident Salmon a reçu une solution conforme à la justice et à la dignité. »

Conformément à ce vote, les concours de l'internat ont repris mardi et à la fin de la séance le président du jury a lu une lettre de M. Peyron, déclarant qu'il levait la peine disciplinaire infligée à M. Salmon qui pourrait reprendre le lendemain 30 novembre ses fonctions d'externe à l'hôpital Saint-Antoine.

Inspection de la vérification des décès.

M. le Dr Emile Dubois a déposé, sur le bureau du Conseil municipal, la proposition suivante : Le Conseil, considérant que le service de l'Inspection de la vérification des décès a une importance considérable au point de vue de l'hygiène publique, et qu'il importe de lui donner un développement en rapport avec les bons résultats qu'en attend la population parisienne, délibère :

Article 1. Le service de l'Inspection de la vérification des décès sera rattaché à l'inspection générale de l'assainissement et de salubrité de l'habitation. — *Article* 2. Le nombre des médecins inspecteurs de la vérification des décès actuellement de 6, sera porté comme précédemment à 8. — *Article* 3. Il sera créé deux classes de médecins inspecteurs de la vérification des décès. La limite d'âge pour la retraite sera fixée à 6[illegible] ans, comme pour le corps médical des hôpitaux. — *Article* 4. La nomination des médecins inspecteurs de la vérification des décès sera faite dans des conditions déterminées par le Conseil municipal, de concert avec l'Administration.

La proposition a été renvoyée aux 2e et 5e Commissions et à l'Administration.

Organisation d'un service gratuit à domicile d'assistance médicale et pharmaceutique dans la Loire-Inférieure.

Le Conseil général de la Loire-Inférieure, dans une délibération du 1er septembre 1892, vient d'organiser et de réglementer un service gratuit d'assistance médicale et pharmaceutique dans ce département.

Nous ne pouvons reproduire ici le règlement en question ; mais on nous permettra bien, à ce propos, de montrer comment on est arrivé à l'obtenir.

Le succès, en cette affaire, revient au syndicat des médecins de la Loire-Inférieure, puis à la commission nommée le 15 mai 1889 par arrêté préfectoral et au rapporteur du projet devant cette commission départementale, M. le Dr Porson, président du syndicat des médecins de la Loire-Inférieure ; n'oublions pas enfin M. le Préfet et le Dr Gabory, rapporteur au Conseil général, au nom de la dite commission. Il est inutile d'ajouter que c'est surtout grâce au rapport primordial, si documenté et si étudié, celui de M. Porson, que le vote a été enlevé au Conseil. D'ailleurs, le président du syndicat n'a pas ménagé son temps et sa peine pour faire aboutir des efforts restés vains pendant plusieurs années. Aussi doit-on le remercier tout particulièrement et le citer comme exemple aux présidents des syndicats des régions voisines. Chacun sait en effet que cette question est d'une importance capitale, puisque, dans la majeure partie des communes rurales de France, l'assistance à domicile n'existe pas. Nous engageons tous nos confrères à se procurer le règlement adopté par le département de la Loire-Inférieure (1), à le parcourir, à le commenter même. Ils verront avec quel soin il a été rédigé. Les commentaires qu'y ajoute M. Cleiftié, préfet (2), méritent aussi d'être lus.

Si par ces lignes, dont le nombre nous est compté, nous avons réussi à intéresser nos lecteurs à cette tentative locale, nous croirons avoir rappelé, à un moment favorable, l'attention des médecins sur un problème, toujours à l'étude, qu'il importe de résoudre au plus vite pour le reste de notre pays.

M. B.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 5. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). MM. Marchand, Sebileau, Retterer. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Letulle, Marie.

MARDI 6. — Médecine opératoire : MM. Panas, Brun, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Debove, Ballet, Ménétrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Le Fort, Duplay, Quénu.

MERCREDI 7. — Dissection : MM. Farabeuf, Tuffier, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Dejerine, André.

JEUDI 8. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Schwartz, Albarran. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Proust, Gilbert.

VENDREDI 9. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Straus, Delbet, Sebileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Pinard, Jalaguier, Ricard.

SAMEDI 10. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Charrin. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Le Dendu, Nélaton, Bar. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Schwartz, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Ballet, Chantemesse.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

JEUDI 8. — M. Ransquins. Du tubage de l'utérus en dehors de l'état puerpéral (drainage prolongé au moyen d'un tube de caoutchouc malléable). — M. J. Gowing Middleton. Essais sur le traitement de l'épilepsie essentielle par la ligature simultanée des artères vertébrales.

---

(1) L. Porson. — *Organisation d'un service gratuit à domicile de l'assistance médicale et pharmaceutique des indigents.* Rapport présenté à la commission d'assistance départementale. Nantes. C. Mellinet et Cie, imprimeurs, 5, place du Pilori.

(2) *Recueil des actes administratifs de la Préfecture*, n° 21. 1892.

Enseignement médical libre.

Conférences cliniques sur les maladies des yeux. — M. le Dr Galezowski reprendra son cours sur le diagnostic et la thérapeutique oculaire, à sa Clinique, 41, rue Dauphine, le lundi 5 décembre, à deux heures et demie, et le continuera les lundis suivants à la même heure. Tous les jeudis, examen ophtalmoscopique.

FORMULES

VIII. — Traitement de la pharyngite.
(A. Nevins).

Chlorate de potasse	0 gr. 25
Perchlorure de fer	IV gouttes.
Eau de menthe poivrée	30 gr.

S. — En rejetant en arrière la tête du malade, on fait d'abord le spray d'une narine en recommandant au sujet de respirer profondément, et ensuite celui de l'autre narine. Les sprays seront répétés d'abord toutes les 2 heures, et ensuite moins fréquemment. Les symptômes morbides, y compris la fièvre, sont immédiatement amendés. (*Ther. Gaz.*, juin 1892, p. 431).

IX. — Traitement de la sciatique chez les variqueux.

Extrait fluide d'Hamamelis virginica. . .	à à. 25 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères. . . .	

Mêlez. — A prendre matin et soir une cuillerée à café dans un peu d'eau.

X. — Strychnine et Capsicum contre l'alcoolisme.
(Mays).

Sulfate de strychnine	0 gr. 06
Sulfate d'atropine	0 gr. 0024
Capsicum pulvérisé.	0 gr. 60
Sulfate de quinine	1 gr. 20
Phénacétine	2 gr. 40

P. f. capsules n° 20.

S. — A prendre une capsule 4 fois par jour.

En même temps on prescrira le repos, une nutrition abondante et des médicaments toniques (*Times a. Reg*, 1892).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 20 nov. 1892 au samedi 26 nov. 1892, les naissances ont été au nombre de 1095 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 420; illégitimes, 161, Total, 581 — *Sexe féminin :* légitimes, 367 ; illégitimes, 147. Total, 4.51

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 20 nov. 1892 au samedi 26 nov. 1892 les décès ont été au nombre de 871 savoir : 503 hommes et 368 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 4, T. 9. — Variole : M 0, F. 3, T. 3. — Rougeole : M. 4, F. 2, T. 6.— Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 4, F. 2, T. 6. —Diphtérie, Croup : M. 20, F. 18, T. 28.— Affections cholériformes : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 104, F. 74, T. 178. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 2. T. 14 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3 — Tumeurs malignes : M. 25, F. 26, T. 51. — Méningite simple : M. 15, F. 10, T. 25. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 29, F. 15, T. 44. — Paralysie, M. 4, F. 2, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 3, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 42, F. 32, T. 76. — Bronchite aiguë : M. 7, F 7, T. 14. — Bronchite chronique. M. 19, F. 13 T. 32. — Broncho-Pneumonie : M. 17, F. 9, T. 26 — Pneumonie : M. 12, F. 20, T. 32. — Gastro-entérite, biberon: M. 19 F. 15, T. 34 —Gastro-entérite, sein: M. 10, F. 2, T. 12. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 4, T. 5.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 9, F. 9, T. 18 — Sénilité : M. 7, F. 15, T. 22. — Suicides : M. 11, F. 6, T. 17. —Autres morts violentes : M. 13, F. 3, T. 15. —Autres causes de mort : M. 111, F. 59, T. 170 — Causes restées inconnues : M. 0, F. 3, T 3.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 75, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 25, illégitimes, 22. Total : 47. — *Sexe féminin* : légitimes, 16, illégitimes, 12. Total : 28.

Faculté de médecine de Paris. — *Nombre d'élèves en 1892-1893.* — La Faculté de médecine de Paris a actuellement 4.250 élèves, dont 737 étrangers hommes, 17 femmes françaises, 127 étrangères (parmi lesquelles 110 russes).

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. Maubourguet (Paul), bachelier ès lettres, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, préparateur du cours et des travaux pratiques de chimie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Ducung, dont la délégation est expirée. — M. Cassaet, agrégé près ladite Faculté, est nommé, en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, chef des travaux d'histologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Conil, dont la délégation est expirée. — M. Renault, licencié ès sciences naturelles, chargé des fonctions de préparateur d'histologie à ladite Faculté, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, préparateur d'histologie à ladite Faculté.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — MM. Curtis et Laguesse, agrégés près ladite Faculté, sont nommés, en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, le premier chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique, et le second chef des travaux pratiques d'histologie à ladite Faculté (emplois nouveaux). — M. Carlier, agrégé près ladite Faculté, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours complémentaire de médecine opératoire à ladite Faculté. — M. Surmont, agrégé près ladite Faculté, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, chef du laboratoire des cliniques à ladite Faculté, en remplacement de M. Combemal, dont le temps d'exercice est expire.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Tournier (César), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, moniteur de clinique médicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Chabalier, appelé à d'autres fonctions. — M. Fabre, aide d'anatomie à ladite Faculté, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, aide de clinique des maladies de femmes à ladite Faculté, en remplacement de M. Guilloud, dont la délégation est expirée. — M. Loison, docteur en médecine, est institué, pour une période de deux ans, à dater du 1er novembre 1892, chef de clinique chirurgicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Andry, appelé à d'autres fonctions. — Sont nommés, pour deux ans, chefs de clinique médicale à ladite Faculté mixte, les docteurs en médecine dont les noms suivent : M. Pic (Ferdinand-Adrien), en remplacement de M. Paliard, dont le temps d'exercice est expiré ; M. Chabalier, moniteur de clinique médicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Devic appelé à d'autres fonctions ; M Bret, préparateur d'anatomie pathologique à ladite Faculté, remplira les fonctions de chef des travaux biologiques du laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Mollard dont la délégation est expirée ; — M. Adenot, prosecteur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, moniteur de clinique chirurgicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Loison appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine de Marseille. — *Concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale.* — Un concours s'ouvrira le 29 mai 1893 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Allard, licencié ès sciences physiques, aide de physiologie à ladite Faculté, est nommé, à partir du 1er novembre 1892, préparateur de physique à ladite Faculté, en remplacement de M. Castex appelé à d'autres fonctions. — M. Sempé (Jean-Louis-Joseph), bachelier ès sciences et ès lettres restreint, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, des fonctions d'aide de physique à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Allard appelé à d'autres fonctions. — M. Azemard, aide de physiologie à ladite Faculté, est nommé, à partir du 1er novembre 1892, préparateur de physiologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Pujol appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Geoffroy (André-Marie), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, pour deux ans, à dater du 1er novembre 1892, aide de clinique à ladite Faculté, en remplacement de M. Weil, dont le temps d'exercice est écoulé.

Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse. — M. Pierre (Louis-Joseph), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, préparateur de médecine légale à ladite Faculté.

École de médecine et de pharmacie de Clermont. — M. Meunier (Charles), licencié ès sciences naturelles, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, des fonctions de suppléant de la

chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — M. LEUDET, docteur en médecine, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à la dite Ecole, est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique à la dite Ecole.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. ANTOINE (Jules-Lucien), bachelier ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1892-93, préparateur d'histoire naturelle à la dite Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Ernest, dont les fonctions sont expirées.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Cracovie.* — M. le Dr Stanislas Braun est nommé privat-docent d'obstétrique et gynécologie. — *Faculté de médecine de Giessen.* — M. le Dr Peter Poppert, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

CHIRURGIENS, APOTHICAIRES ET LEURS BLASONS. — D'après l'Armorial de l'Hozier, la communauté des chirurgiens et apothicaires de la ville des Sables d'Olonne (Vendée) portaient : « D'argent, à un Saint-Cosme et un Saint-Damien de carnation vêtus de gueules, leurs manteaux doublez d'hermines et leurs têtes couvertes de bonnet quarréz de sable, le premier tenant de sa main senestre levée une boëte couverte d'azur, et le second tenant aussi de sa main dextre levée une fiole de gueules, et tous deux posez sur une terrasse de sinople de laquelle naissent des simples de même. » M. B.

COMMISSION DU CODEX PHARMACEUTIQUE. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, sont nommés membres de la commission chargée de publier un supplément du codex pharmaceutique : MM. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, président ; Planchon, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, vice-président ; De Beauchamp, chef de bureau au ministère de l'instruction publique, secrétaire ; Regnauld, président de l'Académie de médecine ; Hayem et Pouchet, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; Jungfleisch et Bourgoin, professeurs à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris ; Gilbert, agrégé près la Faculté de médecine de Paris ; Petit, membre de la Société de pharmacie de Paris ; Vigier (Pierre) et Yvon, membres de la Société de pharmacie de Paris.

ETUVES MUNICIPALES ET PRIVÉES. — On sait que l'on peut désinfecter gratuitement, dans les étuves municipales, tous les objets (vêtements, linge, literie, etc.) ayant servi aux personnes mortes de maladies contagieuses. Cette opération s'accomplit dans ces étuves d'une manière irréprochable au point de vue septique : la désinfection est absolue ; mais, comme on n'y blanchit pas le linge, il arrive souvent que les draps de lit, par exemple, deviennent plus jaunes à la suite de l'opération. Cet inconvénient a frappé un certain nombre d'industriels qui ont créé, eux aussi, des étuves de désinfection où, moyennant une rétribution, ils assainissent les objets et les remettent ensuite à neuf. Mais ici il y a la contre-partie. Si, en effet, le linge est très blanc quand il sort de ces étuves payantes, il n'est le plus souvent pas suffisamment désinfecté. Cette industrie a pris dans ces derniers temps un très grand développement. Le Conseil d'Hygiène va s'occuper prochainement de la faire soumettre à une réglementation sévère. Le préfet de police se propose de rendre une ordonnance qui déterminera rigoureusement les conditions dans lesquelles la désinfection devra être opérée : l'industrie dont nous parlons devra remplir ces conditions, et elle sera soumise au contrôle des médecins inspecteurs de préfecture de police.

ENSEIGNEMENT MUNICIPAL SUPÉRIEUR. — *Chaire d'Hygiène scolaire.* — M. Strauss a proposé au Conseil municipal de Paris de créer une chaire de médecine et d'hygiène scolaire, dont les cours seraient destinés au personnel enseignant des écoles municipales. Le titulaire de la chaire à créer serait choisi, à la suite d'un concours sur titres, parmi les médecins inspecteurs des écoles de la ville de Paris. — Cette proposition a été renvoyée à une commission qui fera ultérieurement un rapport dont les conclusions seront soumises au vote du Conseil municipal.

HÔPITAUX DE LYON. — Nous apprenons que notre ami, M. le Dr Jaboulay, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chef des travaux anatomiques, un des fondateurs des *Archives provinciales de Chirurgie*, vient d'être nommé chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu, à Lyon.

LA MÉDECINE A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS. — *Boissons hygiéniques.* — La semaine dernière, la Chambre des députés a pris en considération un amendement tendant au dégrèvement total des boissons hygiéniques, c'est-à-dire à la suppression de tous les droits perçus au profit de l'Etat sur les vins, bières, cidres, poirés et hydromels.

LA COQUELUCHE A PARIS. — L'épidémie de coqueluche qui sévissait depuis quelques jours à l'école municipale de garçons, rue du Faubourg-Saint-Martin, 122, ayant pris un certain caractère de gravité, M. Bonnet, maire du 10e arrondissement, vient de demander au préfet de la Seine l'autorisation de fermer cette école.

LA LIGUE CONTRE LA TUBERCULOSE. — M. le Dr Armaingaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, a fait, cette semaine, dans la salle de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, une conférence sur l'organisation de la Ligue contre la tuberculose en France.

LE CHOLÉRA EN BELGIQUE. — Le choléra sévit de nouveau en Belgique depuis plusieurs jours, et, cette fois, la capitale elle-même est atteinte. Au cœur de Bruxelles, depuis le 18 novembre, dix cas, dont quatre mortels, ont été constatés. A Bruges, treize personnes, pour la plupart en bas âge, sont mortes de l'épidémie. Dans le Borinage, également, l'épidémie fait des ravages.

LE CHOLÉRA AUX PAYS-BAS. — Le Ministre de l'intérieur des Pays-Bas annonce dans le bulletin hebdomadaire qu'il y a eu, la semaine dernière, seize décès chlorériformes, dont dix dans la Hollande méridionale.

LA CRÉMATION A STRASBOURG. — M. le pasteur Leblois, président du Consistoire de l'église du Temple-Neuf, à Strasbourg, a adressé, il y a quelques mois, une pétition à l'administration municipale pour demander l'établissement à Strasbourg d'un four crématoire. Le conseil d'hygiène de la ville de Strasbourg, saisi récemment de la proposition, n'a pas reconnu la nécessité d'une installation de ce genre ; il a reconnu, toutefois, qu'aucune raison d'hygiène ne s'opposait à la crémation des morts, et il abandonne à la ville le soin d'accorder ou de refuser l'autorisation d'établir un four crématoire à Strasbourg.

LE DÉPLACEMENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Le Conseil municipal de Paris, dans une des séances de cette semaine, a montré, à la suite du rapport fait par M. Louis Lucipia, au nom de la cinquième commission, qu'il est favorable au projet d'installation de l'Académie de médecine dans l'immeuble, appartenant à l'Assistance publique, situé au no 16 de la rue Bonaparte. L'administration ayant accepté l'échange proposé par l'Académie d'un terrain de 1,600 mètres environ, situé avenue de l'Observatoire, 8, rues des Chartreux et Michelet, plus une soulte de 263,500 francs contre l'immeuble dont il est question plus haut, le Conseil municipal est entré dans ces vues par son vote d'hier. L'Académie de médecine aura donc, dans un avenir assez prochain — dans 3 ou 4 ans (?) — une installation digne d'elle.

LE CLYSTÈRE EN AFRIQUE. — M. Marcel Monnier nous initie aux opérations délicates auxquelles Molière faisait souvent allusion, dans son exposition de photographies exécutées en Afrique. L'instrument à clystère se compose d'une calebasse munie de deux tuyaux. L'apothicaire en met un dans sa bouche et projette le médicament par une puissante insufflation. Le patient, allongé sur les genoux d'un aide, dans la position d'un nageur, reçoit sans broncher le purgatif, à base de piment, suivant la thérapeutique indigène.

LES EAUX DE PARIS ET DES ENVIRONS. — A la dernière séance du Comité consultatif d'hygiène, parmi les communications qui ont été faites, se trouvait un rapport présenté à la suite des réclamations des habitants de Meudon (Seine), tendant à obtenir que l'autorisation accordée en 1882 à la Compagnie générale des eaux de puiser, pour leur être distribuée, de l'eau de Seine en aval de Paris, à Boulogne-sur-Seine, ne soit pas renouvelée à cette Compagnie. Le Comité a adopté à l'unanimité les conclusions de ce rapport, qui sont conçues en ces termes : 1o Il n'y a pas lieu de renouveler l'autorisation accordée en 1882 à la Compagnie générale des eaux, de puiser de l'eau à Boulogne ; 2o Il y a lieu de mettre la Compagnie générale des eaux en demeure de substituer d'urgence l'eau d'amont à l'eau d'aval dans la canalisation de la commune de Meudon et des communes voisines, toute eau prise en aval de Paris étant reconnue polluée et dangereuse ; 3o Quel que soit le procédé de purification des eaux de la Seine auquel l'administration ait recours, il ne pourra être appliqué que sur des eaux prises en amont de Paris ; 4o Désignation d'une commission pour examiner les expériences de filtrage faites à Paris et présenter un rapport au comité à ce sujet ; 5o L'avis que l'application de tout procédé tendant à purifier les eaux de la Seine avant de les livrer à la consommation des habitants de la banlieue ne doit être considéré que comme un expédient temporaire. Le Comité pense qu'il est urgent de faire, dans le plus bref délai possible, des recherches pour examiner le nombre, le débit et la qualité des sources qui émergent dans les environs de Paris.

Loi sur l'exercice de la médecine. — La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine a été promulgué au *Journal officiel* le 1er décembre 1892.

Médecins des Lycées. — *Lycée de Nantes.* — M. le Dr Chartier, médecin-adjoint au lycée de Nantes, est nommé médecin du dit lycée, en remplacement de M. le Dr Cochard, démissionnaire. M. le Dr Lerat est nommé médecin-adjoint au lycée de Nantes, en remplacement de M. le Dr Chartier, appelé à d'autres fonctions.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Emile Blanchard, de l'Académie des sciences, a ouvert son cours de zoologie au Muséum d'histoire naturelle, le mercredi 30 novembre, à une heure précise. Il continuera les lundis, mercredis, vendredis de chaque semaine, à la même heure.

Pharmaciens et clients. — Petite question juridique non encore élucidée. Un pharmacien a-t-il le droit d'exposer dans les bocaux de sa vitrine — et ce, avec mention de la provenance — d'interminables ténias extirpés aux profondeurs intestinales de ses concitoyens? Tel est le point d'interrogation qui va très prochainement être posée devant les membres du tribunal civil. Un pharmacien du huitième arrondissement exhibe parait-il, depuis quelque temps et dans les conditions sus-indiquées, un majestueux bocal sur lequel court cette inscription : *Vers solitaire ayant appartenu* à M. X..., député de... Bien entendu le nom de l'honorable et celui du département sont écrits en toutes lettres. Sollicité d'avoir à faire disparaître le flacon révélateur ou, tout au moins, l'indication manuscrite, l'apothicaire oppose un refus formel et excipe de ce qu'il appelle son « droit de propriété ». De là, échange de papiers timbrés et assignation à comparoitre. (*Echo de Paris*).

Statue de Scheele a Stockholm. — M. Nordenskjold a annoncé à l'Académie des sciences que l'inauguration de la statue du chimiste Scheele aura lieu à Stockholm le 9 décembre. L'Académie n'y enverra pas de délégué.

Nécrologie. — M. le Dr Charazac (de Toulouse), décédé à l'âge de 31 ans. — M. le Dr Berthaud, d'Is-sur-Lille (Côte-d'Or), reçu en 1851. — M. le Dr Morlet, préparateur de la chaire de paléontologie au Muséum. — M. le Dr Tracon, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Lille. — M. le Dr Neudin, de Dunkerque, reçu en 1871. — M. le Dr Blavot, de la Commanderie de Chevru (Seine-et-Marne). — M. le Dr Louis-Eugène Bonnet, mort à l'age de soixante-dix-sept ans, ancien sénateur républicain du département de l'Ain. Docteur en médecine à Jujurieux (Ain). M. Bonnet, qui était depuis longtemps conseiller général, fut élu sénateur de son département le 30 janvier 1876 et siégea sans interruption dans cette assemblée jusqu'au renouvellement de 1885. Il renonça à cette époque à se représenter et rentra dans la vie privée. — M. le Dr J.-J. Bischoff, ancien professeur d'obstétrique et gynécologie à la Faculté de Médecine de Bale. — M. Emilio Fasola, privatdocent d'obstetrique à l'Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le Dr Iversen, chirurgien des hôpitaux de Copenhague. — M. le Dr Agnew (de Philadelphie). — M. le Dr Pierre-Benoit Augé (de Narbonne), ancien interne des hôpitaux de Montpellier, décédé le 29 novembre 1892, à 48 ans.

Publications du Progrès Médical.

VIENT DE PARAITRE
HISTOIRE
DE
LA FONDATION VALLÉE
Par BOURNEVILLE

Une brochure in-8 de 72 pages avec trois plans : Prix . . 2 fr.
Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 50

Bourneville. — Laïcisation des Hôpitaux et Enseignement professionnel du personnel (1891-1892). Brochure in-8 de 80 pages. — Prix: 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 90 c.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

Armaignac (H.). — Etude clinique et anatomo-pathologique sur les ophtalmoplégies. (Rapport fait au Congrès de la Société française d'ophtalmologie dans la séance du 3 mai 1892). Brochure in-8 de 58 pages, avec 6 figures.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille.

Picard (H.). — Traité des maladies des voies urinaires de l'homme et de la femme (Hygiène et traitement pratique des maladies de l'urèthre, de la vessie, des reins, calculs, spermatorrhée, diabète). Volume in-12 cartonné de 360 pages, avec figures dans le texte. Prix. . . . . 5 fr.

Librairie G. MASSON,
120, boulevard Saint-Germain.

Traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. S. Duplay et P. Reclus. — Vient de paraître le tome VIII, fin de l'ouvrage, par Reclus, Michaux, Segond, P. Delbet et Kirmisson. Volume in-8° de 1,255 pages, avec 207 figures. Prix . . 22 fr.

Librairie RUEFF et Cie,
106, boulevard Saint-Germain.

Blocq (P.). — Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses. Vol. in-12, reliure d'amateur, avec 21 figures. Prix. 3 fr. 50.

Galliard (L.). — Le pneumothorax. Volume in-12, reliure d'amateur. Prix. . . . . 3 fr. 50.

Yvon (P.). — Notions de pharmacie nécessaires au médecin. 2 volumes in-12, reliure d'amateur, formant ensemble 783 pages, avec figures dans le texte. Prix des deux volumes. . . . 7 fr.

Braine (P.). — Chirurgie du foie. Un cas de cholécystotomie. Brochure in-8° de 8 pages. — Paris, 1892. — *Annales de la policlinique de Paris.*

Hoag (J.-C.). — Puerperal mastitis. Brochure in-8° de 11 pages. — *Chicago Medical Recorder.*

Tschetschatt (O.). — Du service pour les aliénés à Saint-Pétersbourg. Brochure in-8° de 53 pages. — Saint-Pétersbourg.

Candia (F.). — Contribuzione alla cura dei mio-fibromi dell'utero, con la elettrolisi secondo il metodo dell'apostoli. Brochure in-8° de 32 pages. — Napoli, 1892. — Tipografico A. Tocco e C.

Denison (Ch.). — Tuberculin and the living Cell. Brochure in-8° de 24 pages. — Philadelphia, 1892. — *Medical News.*

Frohlich (J.). — Ueber Salophen und dessen therapeutische Verwendung. Brochure in-8° de 18 pages. — Wien, 1892. — *Wisner Medizinischen Wochenschrift.*

Massalongo (R.). — Corea elettrica o mioclonia elettroide di origine gastrica. Brochure in-8° de 17 pages. — Napoli, 1892. — *Riforma Medica.*

Eulenburg. — Spinale Halbseitenlasion (Brown-Séquard'she Lahmung) mit cervico-dorsalem Typus nach Influenza. Faradische und Franklin'sche Entartungsreaction im M. extensor pollucis longus. Brochure in-8° de 13 pages, avec figures. — Leipzig, 1892. — G. Thieme.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 50. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 10 DÉCEMBRE 1892.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE NERVEUSE

La Nutrition dans l'Hystérie ;

par GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINEAU.

Pour l'éclaircissement de ce qui va suivre, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que c'est à dater du 1er décembre 1888 que nous avons commencé à publier dans ce journal nos recherches sur la *nutrition dans l'hystérie* entreprises à la Salpêtrière dans le service de notre maître M. le Pr Charcot. En 1890, nous réunissions et complétions nos articles du *Progrès médical* dans une brochure où l'opinion que nous nous étions faite sur le sujet était complètement exposée (1).

Nous établissions à l'encontre des théories de M. Empereur: que la dénutrition s'effectue chez les hystériques au prorata de la non ingestion des substances alimentaires, montrant par des pesées exactes l'amaigrissement considérable qui survient dans les cas de vomissements dus à la névrose ;

Que l'attaque d'hystérie — à l'inverse de ce qu'avaient noté M. Lépine, puis M. Mairet pour l'accès d'épilepsie — se juge par l'abaissement du résidu fixe, de l'urée, des chlorures, des phosphates, etc., avec inversion de la formule de ces derniers. C'est ce que nous appelions la formule chimique de l'attaque;

Que l'inspection de la courbe de l'excrétion urinaire permet de prévoir la durée d'un état de mal hystérique et de prédire le retour à l'état normal en dehors de toutes données indicatrices tirées de l'étude clinique, dans l'état de mal léthargique par exemple.

Entre autres choses, nous appliquions nos recherches à montrer combien les échanges nutritifs diffèrent chez le même individu atteint à la fois d'accès d'épilepsie et d'attaques d'hystérie, corroborant ainsi l'opinion de M. Charcot, que les différences sont radicales entre les deux névroses.

L'opinion *absolument nouvelle* que nous énoncions sur la formule chimique des attaques et des états de mal hystériques donna lieu à de nombreuses recherches tant en France qu'à l'etranger.

Celles de M. Rummo, de MM. les Prs Grasset et Pitres, de M. Joulin, expérimentant dans le service de M. Joffroy, de M. Chantemesse, de MM. Frémont, Carrier et Tuga, de Lyon, furent entièrement confirmatives des nôtres qui, en somme, ne trouvèrent pas de contradicteurs (2).

Entre temps cependant il s'élevait des discussions portant presque uniquement sur la constance de l'inversion des phosphates que nous avions notée. M. Féré, M. J. Voisin, M. Voulgres y prirent part et l'opinion de ce dernier était ainsi formulée : « Cette inversion est l'exception dans l'epilepsie, tandis qu'elle est la règle dans l'hystérie. »

En résumé, nous obtenions confirmation pleine et entière de la formule chimique de l'attaque d'hystérie, que nous venions de découvrir dans le service de M. Charcot.

Nous ajouterons que cette confirmation fut encore rendue plus complète par les recherches de R. Vizioli (3), de Löwenfeld (4) et surtout par celles plus récentes de M. le Pr E. Hitzig (1) qui confia ses analyses au professeur von Mehring. Le travail de M. Hitzig est d'un intérêt assez considérable pour que nous nous y arrêtions un instant.

Il s'agit d'un ouvrier âgé de 20 ans qui, à la suite d'un traumatisme, devint sujet à des attaques de sommeil hystérique constitutives d'un état de mal, étant donné qu'avec les prodromes elles s'étendaient sur un espace de quatre jours.

L'étude clinique du malade conduisit M. Hitzig à adopter complètement l'opinion de notre maître en pareille matière: « Je suis porté, dit M. Hitzig, à considerer cet état de sommeil, ainsi que l'admet Charcot, comme un fragment de l'attaque hystéro-épileptique qui, dans notre cas, a pris la forme d'une attaque avortée. »

Pendant l'état de mal, il y avait perte du poids du corps et *chute de l'azote*. A la simple inspection des courbes de l'excrétion urinaire que nous donne M. Hitzig, on peut prévoir la durée de l'état de mal et prédire le retour à l'état normal. Et il conclut : « Pendant le sommeil hystérique l'excrétion de l'urée diminue suivant les données correspondantes de Gilles de la Tourette et Cathelineau. »

L'unanimité semble donc faite désormais sur la formule chimique de l'attaque d'hystérie que nous avons découverte.

* * *

Tout en partageant nos idées, M. Bosc, chef de clinique de M. Mairet, à la Faculté de Montpellier, paraît cependant vouloir faire entrer la question dans une voie toute particulière. Bien qu'arrivant un peu tardivement peut être dans l'étude de ce sujet, il ne semble pas moins résulter de l'exposé qu'il en fait que les découvertes qui nous appartiennent lui seraient presque complètement personnelles. Ses communications à la *Société de Biologie* du 7 mai et du 23 juillet 1892 ont en effet une allure si particulière que nous estimons devoir quelque peu les examiner en detail.

Dans sa communication du 7 mai 1892, M. Bosc s'exprime ainsi :

« J'ai suivi avec d'autant plus d'intérêt les discussions qui ont eu lieu récemment à la Société de Biologie au sujet de la formule chimique de l'hystérie, que depuis quelque temps je cherchais à me rendre compte des troubles généraux de la nutrition dans cette névrose. L'étude à laquelle je me suis livré n'est encore pas assez avancée pour que je puisse en donner une synthèse, mais considérant la vive actualité de la question j'ai cru devoir en détacher quelques chiffres.

« M. Gilles de la Tourette admet depuis 1890 que la formule des phosphates jointe à l'abaissement du résidu fixe, de l'urée, des phosphates eux-mêmes, serait un caractère de l'attaque d'hystérie...

Suit en quelques mots l'exposé de la discussion qui s'était élevée entre MM. Féré, J. Voisin et nous à propos de l'inversion de la formule des phosphates.

Tenant compte de notre réponse M. Bosc ajoute : « M. Gilles de la Tourette abandonnant semble-t-il en partie (à M. Bosc) la constance absolue de l'inversion donne comme caractéristique de l'attaque d'hystérie l'ensemble même des transformations chimiques du jour du paroxysme.

« *Il nous a paru que c'est bien à ce dernier avis qu'il faut se ranger* et nous espérons pouvoir démontrer que l'attaque d'hystérie bouleverse complètement par rapport aux jours de

(1) *La nutrition dans l'hystérie*, in-8 de 116 p. Bureaux du *Progrès médical (ouvrage couronné par l'Institut)*.

(2) Voyez *Progrès médical*, 23 avril 1892, p. 316.

(3) R. Vizioli. — Ipertermia ed ipotermia in uno caso di isterismo con annotazione sulla nutrizione delle isteriche. — *Annali di Nevrologia*, n. s., anno IX, fasc. V, VI, 1892, p. 359.

(4) Lowenfeld. — *Ueber hysterische Schlafzustande*; in *Archiv. f. Psychiatrie*, Bd. XXII, XXIII, 1892.

(1) Hitzig. — *Schlafattacken und hypnotische Suggestion*. *Berl. klin. Wochenschft.*, n° 38, 19 sept. 1892. (Communication au 2e Congrès intern. de Psychologie. Londres, 30 août 1892).

repos la formule urinaire, faisant porter les modifications sur chacune des parties constituantes de l'urine. Cette transformation est profonde et passagère.

« Je base cette opinion, non seulement sur les divers travaux publiés jusqu'à maintenant mais sur un grand nombre d'analyses des urines de plusieurs hystériques... »

Suivent des conclusions superposables aux nôtres sauf en ce qui regarde *l'augmentation du taux de l'acide urique* notée par M. Bosc et dont nous reparlerons.

La première communication de M. Bosc fut suivie de deux autres faits dans la même séance de la Société de Biologie en date du 23 juillet 1892. Du mois de mai au mois de juillet, M. Bosc avait probablement eu le temps de se persuader que nos travaux n'existaient plus, car il n'en sera plus jamais question ; par contre il placera désormais les siens sur un piédestal dont il importe quelque peu de les faire descendre.

« Dans une première note à la Société (7 mai 1892), *j'avais* établi, dit-il, une formule urinaire à peu près complète de l'attaque d'hystérie. *Je ne m'étais pas borné* (ni nous non plus) à étudier les modifications déterminées par l'attaque sur l'acide phosphorique ou les chlorures. J'avais cherché à pénétrer plus avant dans l'état des oxydations par la détermination rigoureusement scientifique de l'azote total et du coefficient d'oxydation.

« Dans cette nouvelle note je m'appuie sur de récentes analyses pour *confirmer* les diverses propositions annoncées dans une précédente communication et pour les *compléter* par l'étude de la toxicité des urines et par l'étude des troubles produits par l'attaque d'épilepsie et certaines attaques épileptiformes. »

Et M. Bosc continue : « Mais j'avais attiré l'attention, et j'y insiste de nouveau aujourd'hui, sur les trois facteurs que *j'ai été le premier* à introduire dans la formule.

a) *Diminution très marquée de l'azote total* dosé d'après le procédé rigoureux de Kjeldahl ;

b) *Diminution du coefficient d'oxydation* ;

c) Augmentation du taux de l'acide urique. »

De plus, il existerait une *hypotoxicité très considérable des urines qui suivent le paroxysme.*

« De sorte que, termine M. Bosc, résumant ces diverses conclusions, *je me crois autorisé* à adopter la formule urinaire suivante de l'attaque d'hystérie.

« L'attaque d'hystérie bouleverse d'une manière brusque, profonde, passagère, chacun des termes de la formule (diminution du volume, de la coloration, de la densité de l'urée, de l'acide phosphorique total (avec inversion des phosphates), de l'azote total). Elle entraîne donc une diminution très marquée des oxydations, mais en même temps ces oxydations diminuées sont incomplètes (diminution du coefficient d'oxydation, augmentation du taux de l'acide urique). L'attaque entraîne enfin une hypotoxicité très marquée des urines qui suivent le paroxysme. »

Après un tel ensemble de *je* et de *moi*, si l'on n'est pas convaincu que M. Bosc a découvert la formule chimique de l'attaque d'hystérie qui nous appartient, c'est qu'on sera véritablement réfractaire à ses suggestions.

Rétablissons les faits. Nous croyons inutile de nous livrer à des citations — que nous donnerons si M. Bosc le désire — pour démontrer que nous avons les premiers établi (pour reprendre les expressions de M. Bosc) : que l'attaque d'hystérie bouleverse d'une manière brusque, profonde et passagère chacun des termes de la formule (diminution du volume, de la coloration, de la densité de l'urée, de l'acide phosphorique total (avec inversion des phosphates), *de l'azote total*, etc.

Arrêtons-nous là. Cette diminution de l'azote total, M. Bosc prétend avoir été le premier à l'introduire dans la formule. Nous renvoyons M. Bosc au numéro du *Progrès médical* du 27 septembre 1890 (p. 232), dans lequel nous disions : « Nous avons eu recours à plusieurs reprises *au dosage de l'azote total*, tant dans l'état normal hystérique que dans les diverses manifestations pathologiques de la névrose. Ce dosage de l'azote total nous a toujours démontré que dans tous les cas étudiés les produits azotés inférieurs précédemment énumérés (acide urique, créatinine, hypoxanthine, paraxanthine, acide hippurique, allantoïne, etc.), ne subissaient pas de variations susceptibles de fausser nos analyses. Leur taux n'étant pas anormalement élevé, ils ne peuvent par conséquent compenser la faible quantité d'urée trouvée dans les analyses des diverses manifestations pathologiques de l'hystérie que nous avons étudiées et infirmer par là-même les résultats obtenus. »

Dans notre note à la *Société de Biologie* du 7 avril 1892, publiée par le *Progrès médical* (23 avril 1892, p. 316), nous disions encore :

« Nous maintenons donc énergiquement nos conclusions, basées sur l'étude de plus de cent malades, pour lesquels il a été fait un nombre très considérable d'analyses.

« S'il fallait encore les corroborer par des faits nouveaux nous dirions qu'avec l'aide de M. J.-B. Charcot, fils, nous avons recueilli, pour des recherches qui seront bientôt publiées, 40 litres d'urine d'individus sains, 40 litres d'urine d'hystériques en dehors des attaques, 40 litres d'urine comprenant la période de 24 heures de l'attaque ; que les échantillons prélevés, et dans lesquels l'*analyse de tous les éléments constitutifs a été faite*, nous ont montré une fois de plus que l'attaque d'hystérie se jugeait par la formule chimique que nous avons découverte pour la première fois à la Salpêtrière. »

M. Bosc, dont la première communication date du 7 mai, époque à laquelle « l'étude à laquelle il s'est livré n'est pas encore assez avancée pour qu'il puisse en donner une synthèse, » se croit-il toujours autorisé à dire qu'il a été *le premier* à introduire dans la formule la diminution très marquée de l'azote total ? Il le fera difficilement croire.

Nous saisissons l'occasion qui nous est offerte pour donner le tableau des analyses dont nous énoncions les résultats le 7 avril 1892 (1) ; analyses qui n'ajoutent rien, du reste, à nos conclusions de 1890 :

	Individus sains.	Hystériques normaux.	Hystériques après attaq
	c. c.	c. c.	c. c.
Volume	1000	1000	1000
Résidu fixe	59	38.60	28.70
Densité	1025	1021	1012
Azote total	15.80	11.84	9.10
Azote de l'urée	13.066	9.432	7.114
Urée	28.10	20.30	15.20
Acide urique	0.63	0.48	0.41
Créatinine	0.92	0.50	0.54
Coefficient d'oxydation	82.6	79.7	79.25
Acide phosphorique total	4.065	1.997	1.17
— — terreux.	0.962	0.501	0.37
— — alcalin.	3.103	1.496	0.80
Rapport	31 à 100	33.5 à 100	46.2 à 100
Acide phosphoglycérique	0.017	0.009	0.014
Chlorures	15.20	11.10	8 20
Acide sulfurique préformé	3.600	1.496	1.58
Acides sulfo-conjugués	0.180	0.070	0.064
Soufre incomplètement oxydé	0.425	0.254	0.284
Acide sulfurique total	4.205	1.920	1.928

M. Bosc n'a donc rien découvert que nous n'ayions dit en 1890 et répété en 1892, au point de vue du dosage des éléments de l'urine, y compris l'azote total ; au point de vue du coefficient d'oxydation, qui n'est qu'une résul-

(1) On tiendra compte, dans la comparaison des analyses faites chez les individus sains et chez les hystériques normaux, qu'il s'agit dans le premier cas de trois internes des hôpitaux, âgés de 24 à 26 ans, vigoureux, pourvus d'une nourriture abondante, et, dans le second, d'hommes et surtout de jeunes filles, pour la plupart âgés de 18 à 20 ans et soumis au régime hospitalier. La comparaison doit porter sur les urines d'hystérie normale et d'hystérie paroxystique recueillies chez les mêmes individus.

tante mathématique tirée des totaux fournis par ces analyses.

Mais l'exposé que nous faisons aujourd'hui vise plus haut qu'une simple réclamation de priorité que l'évidente réalité des faits rendait à peine nécessaire.

Après avoir constaté comme nous une diminution très marquée des oxydations, M. Bosc ajoute « qu'en même temps ces oxydations sont *incomplètes* (diminution du coefficient d'oxydation, augmentation du taux de l'acide urique). »

Cette affirmation est grosse de conséquences, au moins théoriques, c'est pour ainsi dire un retour à l'opinion de M. Empereur qui faisait, en somme, de l'hystérie, une maladie par ralentissement de la nutrition.

Eh bien, il nous est, nous le répétons encore aujourd'hui, impossible de souscrire à cette opinion.

Lorsque, en 1888, nous avons commencé nos recherches sur la nutrition dans l'hystérie, à la Salpêtrière, nous fûmes fort étonnés de constater que l'attaque d'hystérie donnait lieu à l'abaissement du résidu fixe, de l'urée, etc., et que plus les attaques étaient fortes et prolongées plus l'azote diminuait dans les urines.

Nous répétâmes les expériences et il fallut bien nous rendre à l'évidence de faits qui semblaient en contradiction avec des idées physiologiques et des théories alors généralement admises.

C'est justement pour contrôler cet abaissement du taux de l'urée que nous fîmes l'analyse de l'azote total et des produits excrémentitiels inférieurs : acide urique et hippurique, xanthine, hypoxanthine, etc., qui pouvaient en somme, par leur présence en quantité anormale, compenser le faible taux de l'urée. L'oxydation *diminuée* que nous constations pouvait être *incomplète*. Or, dès 1890, ainsi que nous venons de l'exposer en citant textuellement ce que nous disions alors, nous pûmes constater que tous ces produits excrémentitiels : *acide urique*, etc., non seulement n'étaient pas augmentés, mais au contraire étaient diminués parallèlement au taux de l'urée. *L'oxydation n'était donc pas incomplète.*

Ces mêmes résultats étaient corroborés en 1892 par l'analyse d'échantillons de 1.000 c. c. prélevés sur 40 litres d'urines de l'attaque comparés à 1.000 c. c. d'urines interparoxystiques provenant de douze sujets différents et réunies, mélangées sans tenir compte de l'âge, du sexe, mais seulement de l'état normal et de l'état paroxystique. On ne pouvait plus dire dans l'espèce qu'il s'agissait de cas individuels, objection qui subsiste pour les analyses de M. Bosc. Que celui-ci multiplie ses cas, qu'il recueille en plus, s'il le désire, une quantité considérable d'urines diverses, qu'il les mélange, et nous sommes persuadés qu'il arrivera à des résultats analogues à ceux que nous avons énoncés.

Il n'y a pas de théorie qui tienne devant l'évidence des faits : nous n'eussions pas mieux demandé, nous aussi, que de considérer l'hystérie comme une maladie par ralentissement de nutrition. Des analyses poursuivies depuis 4 ans nous ont démontré qu'il n'en était pas ainsi : nous constatons et voilà tout.

Reste l' « *hypotoxicité très considérable des urines qui suivent le paroxysme* » constatée par M. Bosc. Sur ce point nous serons brefs. Il y a deux ans, nous avons fait au laboratoire de M. Laborde, sous la direction technique de ce savant et habile physiologiste, une série d'injections sous-cutanées et intra-veineuses d'urines d'hystérie interparoxystique et paroxystique. Ces injections ont été faites avec des urines individuelles et aussi avec les échantillons prélevés sur les 40 litres d'urines recueillies et mélangées afin d'éviter les erreurs tenant aux cas individuels. Les résultats que nous avons obtenus par cette méthode ont été tellement incertains, contradictoires même, que nous avons renoncé à les publier. Nous sommes arrivés à penser, et cette opinion ne nous est pas personnelle (1), que cette méthode d'expérimentation est, par la nature même du liquide constitué par une série d'éléments de toxicité très diverse, susceptible de conduire à des résultats contestables.

(1) V. Slosse. — *Recherches sur la physiologie de la glande thyroïde. Congrès de physiologie*, Bruxelles, séance du 31 août 1892.

Pour nous mettre autant que possible à l'abri des erreurs inhérentes aux éléments très divers constitutifs du liquide injecté, nous avons au laboratoire de M. le Pr Gautier traité les trois quantités de 40 litres d'urine que nous possédions (échantillons de 1.000 c. c. prélevés), de façon à obtenir des produits nettement définis que nous possédons aujourd'hui. C'est sur ces ptomaïnes que porteront désormais nos recherches sur la toxicité des urines chez l'individu sain, chez l'hystérique normal et chez l'hystérique paroxystique ; lorsqu'elles seront terminées, peut-être pourrons-nous conclure dans le sens marqué par M. Bosc ; rien ne nous autorise jusqu'à présent à admettre ou à rejeter son opinion.

Ces réserves faites, et elles ont quelque raison d'être, nous ne faisons aucune difficulté pour reconnaître que l'hypotoxicité de l'urine dans l'hystérie paroxystique est le seul point qui jusqu'à présent appartienne à M. Bosc. Nous le lui concédons bien volontiers.

En ce qui regarde la comparaison entre la formule chimique de l'hystérie, de l'épilepsie et des accès épileptiformes qui forme l'objet de la seconde communication de M. Bosc dans la séance de la *Société de Biologie* du 23 juillet 1892, nous prions l'auteur de vouloir bien se reporter au chapitre V, pp. 98-115 de notre brochure sur la *Nutrition dans l'hystérie*. Nous le renvoyons aussi aux comptes rendus du *VIe Congrès de Chirurgie* (avril 1892), où nous avons montré l'intérêt qu'il pouvait y avoir à pratiquer l'analyse des urines avant la trépanation pour accès épileptiformes liés à des tumeurs cérébrales comparativement aux attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle. Il verra encore combien nous l'avions devancé dans cette voie, toutes réserves faites, bien entendu, sur la formule chimique de l'épilepsie qui appartient à M. Lépine et à M. Mairet.

Dans cette même note, M. Bosc rapporte une analyse d'urine hystérique faite par M. Mairet, en 1884, et dans laquelle se trouve l'inversion de la formule des phosphates. Afin d'éviter tout débat ultérieur sur une autre question de priorité, il nous suffira de rappeler les conclusions que M. Mairet tirait lui-même, à cette époque, de ses recherches chimiques sur l'hystérie, au point de vue de l'acide phosphorique excrété (1).

« L'histoire qu'exerce l'hystérie sur l'élimination de l'acide phosphorique est tout à faire : nous ne connaissons aucun travail ayant trait à cette question. Après nos recherches même, celle-ci ne sera que posée. Ces recherches, en effet, ne portent que sur deux hystériques, chiffre évidemment trop faible pour nous permettre de tirer des conclusions ; de plus elles sont, sous certains rapports, sujettes à discussion. Nous n'avons pu exercer, chez nos hystériques, une surveillance suffisamment attentive, semblable, par exemple, à celle que nous avons exercée sur les aliénés et les épileptiques qui font le sujet des expériences relatées précédemment, de sorte que nous ne sommes pas certains que l'urine des 24 heures ait toujours été recueillie d'une manière absolument régulière. »

(1) Mairet. — Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique, p. 213. — Paris, 1884, in-8°.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, la chaire de *Médecine opératoire* à la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. CUILLERET, docteur en médecine, préparateur du laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est institué, pour deux ans, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, à la dite Faculté, en remplacement de M. Bernard démissionnaire.

*

DERMATOLOGIE

De l'existence de la lèpre atténuée chez les cagots des Pyrénées (*suite*) (1);

par M. V. LAJARD (d'Avignon) et le Dr Félix REGNAULT, ancien major civil de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

§ II.

IL EXISTE ENCORE CHEZ LES CAGOTS UNE FORME DE LÈPRE ATTÉNUÉE.

La présence de lésions pathologiques vient affirmer encore plus hautement l'origine lépreuse des cagots. A Salies-de-Béarn et aux environs on observe des troubles spéciaux : hypertrophie des ongles, alopécie, teint blafard.

Ces lésions étaient jusqu'à présent inconnues dans la pathologie médicale; bien que M. de Rochas les ait signalées, elles étaient restées ignorées. Un cas cité par Rehm de Blakemburg, et que rapportent les dictionnaires encyclopédiques de médecine, ressemble à l'hypertrophie congénitale des ongles cagots. Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, qui n'avait jamais eu d'autre maladie que la rougeole. Les caractères de l'hypertrophie unguéale sont décrits de la façon suivante dans le Dictionnaire de Jaccoud : « Raccourcissement considérable des ongles qui laissent à nu à l'extrémité du doigt 7 à 8 m/m de derme, lenteur de leur croissance (1m/m pendant deux mois et demi), épaississement, éraillure du bord libre, incurvation médiane et latérale. »

Ces altérations auxquelles l'auteur n'a pu reconnaître de cause avaient peut-être la même origine que celle des cagots. Les caractères de l'hypertrophie unguéale des cagots de Salies sont les suivants : L'ongle épaissi a la consistance de la corne, il s'incurve latéralement, les bords sont réfléchis en dedans, et l'aspect à l'extrémité des doigts est celui d'une cavité demi-circulaire. La surface est lisse, non cannelée, et ne présente ni stries, ni rugosités appréciables, différant en cela des ongles séniles ou eczémateux.

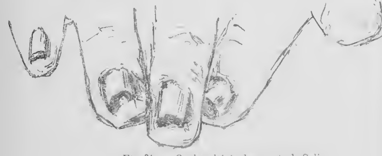


Fig. 31. — Ongles altérés des cagots de Salies.

Dans la jeunesse, l'altération des ongles commencée à l'âge de six mois est peu accusée encore. Chez les personnes d'âge moyen on trouve l'hypertrophie plus avancée, l'ongle s'incurve, laissant une cavité béante entre sa lame cornée et la pulpe sous-unguéale. Cet aspect peut exister exceptionnellement chez les enfants : nous l'avons observé sur une fillette bien que le fait soit rare. Cette cavité se remplit chez les adultes de produits de l'altération de sa subtance. Ils sont secs ou humides, jaunes, tirant quelquefois sur le rouge, sous forme de filaments, ou de lamelles d'aspect spongieux contournées en divers sens. On les arrache avec des pinces assez facilement; ils adhèrent par leur extrémité profonde. Chez les vieillards, l'hypertrophie devient très accusée, comme chez le « Coum » ; la croissance est arrêtée presque complètement.

Cette altération de l'ongle est souvent accompagnée d'une légère déformation correspondante des extrémités. Est-ce l'aspect spécial du doigt dont l'ongle est légèrement éloigné ? Il y a quelque chose de plus. Le doigt est arrondi à l'extrémité suivant une courbe plus ronde et plus massive que le doigt normal. La couleur de la peau est légèrement altérée ; elle a des reflets jaune clair plus marqués quand on regarde par transparence sur les bords du doigt et quand on presse légèrement la peau. L'ongle est aussi un peu jaunâtre. La cavité terminale est souvent noire mais c'est un effet de la malpropreté ; après les lavages elle reprend sa couleur ordinaire.

Chez deux sujets nous avons trouvé les doigts très gros, courts, d'aspect boudiné ; la couleur en est légèrement vineuse et jaune clair à l'extrémité ; ce sont : C... père et sa fille mariée. Nous avons pris chez cette dernière le moulage des extrémités. La photographie des mains du père montre cet aspect boudiné des doigts qui fait paraître les ongles petits au milieu des chairs débordant largement à droite et à gauche. Chez eux l'ongle est court et les tissus du doigt le dépassent de plus de 5 millimètres. La couleur jaune clair pâle s'est retrouvée chez d'autres sujets, moins intense.



Fig. 32. — Main de Cagot (d'après une photographie).

Les ongles des mains sont plus souvent intéressés que ceux des pieds et d'une façon plus constante. En d'autres termes, on trouve chez plusieurs sujets les ongles des mains hypertrophiés, tandis que les modifications sont limitées à ceux des deux premiers orteils. Ceci n'est pas absolu. Nous avons trouvé en effet à Lescun, dans la vallée d'Aspe, une cagote chez laquelle les ongles des mains étaient normaux, tandis que ceux des pieds montraient un épaississement marqué à tous les ongles, semblable à celui des cagots de Salies. Cette cagote et une autre femme étaient les seules du village qui portassent des traces d'altérations unguéales.

Les ongles des pieds, quoique hypertrophiés et altérés comme ceux des mains, ne présentent pas tout à fait la même apparence. La cavité demi-circulaire laissée entre l'ongle et le doigt à leur extrémité est moins accusée qu'aux mains, Du reste elle n'est pas développée chez tous les sujets. Dans la famille C..., en particulier, où les ongles sont petits et excessivement épais, elle est réduite dans une proportion notable.

La croissance de l'ongle est très diminuée; la même femme, Marie C..., me disait qu'elle n'avait à couper que l'ongle du pouce, ceux des autres doigts ne nécessitaient pas ce soin. Son père est dans le même cas.

Les altérations des ongles ne sont pas congénitales, au sens rigoureux du mot. Elles n'apparaissent que de un mois à un an après la naissance et généralement aux mains. Les ongles des extrémités inférieures ne sont altérés que plus tard. Ainsi le père de Lucie m'a affirmé que dès que ses enfants venaient au monde, il regardait avec soin leurs ongles et ils n'ont montré de différence avec les ongles normaux qu'au bout d'un an.

C'est bien l'indice d'une maladie, car si c'était un caractère ethnique, les enfants naîtraient avec des ongles hypertrophiés. De plus l'altération une fois commencée ne s'arrête plus et se poursuit pendant toute la vie, dimi-

(1) Voir nos 46 et 49.

nuant la croissance de l'ongle et finissant par l'arrêter. De même que ces lésions atténuées des cagots, la lèpre grave héréditaire ne se développe pas congénitalement. Les enfants paraissent sains en venant au monde. Quelquefois elle ne se développe qu'à l'âge de 8 ou 15 ans et prend alors une allure grave.

Si l'altération des ongles n'est pas congénitale, elle n'en est pas moins héréditaire et avec une persistance très marquée. Nous avons pu les suivre dans une famille à travers cinq générations. La famille B..., alliée à L..., est un autre exemple. Sur 10 enfants de Jacob et de Marie, 5 ont des ongles de « carcoil, » suivant l'expression béarnaise. (Car l'altération est si commune à Salies qu'elle y porte un nom familier). Elle se retrouve dans toute la ligne des descendants de ces 5 enfants, c'est-à-dire chez les enfants et petits-enfants de Catherine, de Josépoun, de Jeantin et de Pierre-Joseph. Quand il y a comme ici plusieurs enfants, ils sont partagés en deux groupes souvent à peu près égaux. Parmi les arrière-petits-enfants de Jacob, une jeune fille est absolument saine, tandis que son frère aîné et sa sœur cadette ont des ongles altérés.

De même chez les enfants de Marie B..., fille de Pierre B..., d'un autre village. Chez eux, une fille aînée de 18 ans porte les ongles de carcoil. Un frère cadet de 15 ans n'a rien et un deuxième frère de 12 ans est atteint d'une légère hypertrophie; l'altération est plus accentuée chez Marie-Jeanne, 9 ans; deux jeunes frères de 7 et de 6 ans n'ont rien d'anormal. Cette venue alternative d'enfants sains et malades est très fréquente et ce fait est vrai non seulement pour les ongles, mais pour toutes les altérations.

Il n'y a pas d'atavisme. Quand les mariés sont sains, fussent-ils issus de parents malades, ils ne donnent plus naissance qu'à des enfants sains ; la maladie s'est éteinte chez eux. Cette loi se vérifie toujours. Prenons par exemple la généalogie de la famille B... Nous y trouvons 10 frères ou sœurs dont les uns sont indemnes, les autres atteints. Toutoun, normal, a 5 enfants vivants habitant Bordeaux, et tous normaux. Suzanne a 2 enfants normaux, Morichette, saine aussi, a une fille ne présentant aucun signe d'altération aux ongles et pourvue d'une abondante chevelure. Cette fille a plusieurs enfants, tous sains. Aucun retour aux particularités des ancêtres.

Nous n'avons pas trouvé, sur un nombre considérable d'observations, une seule exception. Ce fait est une preuve en faveur de l'origine infectieuse, bacillaire et non tératologique de la maladie, car, le bacille disparu, le malade est guéri, les enfants qu'il procrée sont sains.

Les auteurs qui se sont occupés de la lèpre ont surtout insisté sur la chute des ongles. Néanmoins, dans le Dictionnaire de Dechambre, on trouve signalée de l'hypertrophie. « Bien que les ongles s'atrophient, dit l'auteur, ils peuvent aussi chez les lépreux devenir rugueux et ressembler à des griffes ou durillons. »

Nous avons fait l'examen histologique de ces ongles. Nous n'y avons vu aucune trace de végétaux parasites tricophytons auxquels, du reste, on aurait pu bien difficilement penser. Mais si nous n'y avons pas non plus trouvé de bacilles de lèpre, ce n'est pas un argument contre cette origine, car on n'en décèle pas sur des ongles de lèpre tuberculeuse, ainsi que nous avons pu nous en assurer par nous-mêmes. Cette recherche ne devait rien fournir, car dans les cas les plus caractérisés, avec nécroses successives des phalanges, on n'en trouve pas. Dans les doigts amputés par la maladie de Morvan, les réactifs n'ont rien révélé.

On pourrait objecter qu'il est anormal, s'il s'agit de lèpre, qu'elle ne se transmette pas à tous les enfants, et que dans les familles on en trouve toujours quelques-uns de sains. Mais le même fait s'observe chez les descendants de lépreux tuberculeux. M. Zambaco nous apprend, dans ses *Voyages chez les lépreux*, 1891 (p. 106) qu'il peut y avoir par le mariage de deux lépreux des enfants sains, et qui vieillissent sans lèpre, alors même qu'ils ont été procréés par deux lépreux très avancés. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etudes sur l'organisation du Service de santé.

4e article.

V. — Matériel du Service de santé en campagne.

Les paragraphes 2 et 3 de l'article premier du Règlement sur le Service de santé en campagne résument les fonctions essentielles du Service de santé, qui a pour objet de donner les premiers soins aux malades et blessés en marche, en station et sur le champ de bataille ; à trier méthodiquement les malades et blessés, afin d'assurer la conservation des effectifs et d'éviter l'encombrement du théâtre des opérations ; à traiter sur place les malades et blessés atteints légèrement, ou qui, en raison de la gravité de leur état, ne peuvent être évacués ; à évacuer enfin rapidement vers l'arrière tous les autres malades et blessés.

A cet effet, et en outre du personnel dont il a été question dans les articles précédents, le Service de santé dispose d'un matériel qui comprend : 1° des moyens de relèvement, de transport et d'évacuation ; 2° des moyens de pansement pour les blessés et le traitement pour les malades de toutes catégories ; 3° des moyens d'hospitalisation sur place.

Matériel destiné au transport et à l'évacuation des malades et blessés.

Les formations sanitaires *régimentaires* sont chargées de donner les premiers secours pendant les marches et dans les cantonnements, de relever les blessés sur le champ de bataille, seules ou de concert avec le personnel des ambulances, de les réunir en un point nommé « poste de secours », où elles leur assurent les soins strictement urgents, avant de les diriger sur l'ambulance.

Les blessés sont relevés sur le champ de bataille par les brancardiers régimentaires, au nombre de 16 par bataillon. Ces 16 hommes disposent de 8 brancards.

Il est superflu de décrire le brancard en usage dans l'armée ; tous les médecins du cadre auxiliaire le connaissent. Le maniement de ce brancard, indiscutablement solide et résistant, nécessite de la part des brancardiers une instruction spéciale. Pour le déployer et le replier, les deux hommes, chargés de le manier, sont obligés de coordonner tous leurs mouvements et de se servir à la fois des jambes et des bras, sous peine de perdre un temps précieux.

Si les brancardiers sous les drapeaux possèdent à peu près cette instruction, ils l'oublient vite après leur renvoi dans leurs foyers, et il est difficile de la leur rendre au début de la guerre, à cause de la rapidité de la mobilisation et des occupations multiples qui absorbent le cadre pendant la courte durée qui précède la marche en avant.

Frappée de ces difficultés, la Direction du Service de santé a substitué, en principe, à cet ancien brancard, un modèle nouveau, dit « brancard articulé », dont les hampes sont reliées à leurs extrémités par un compas articulé. Il suffit, pour le déploiement, d'écarter les hampes, de rabattre les montants servant de pieds, de

fixer la têtière et de tirer vers soi en saisissant l'articulation à pleine main. Pour le replier, on pousse du genou devant soi cette même articulation et l'on rapproche les hampes après avoir libéré la têtière et aligné les montants. Aucune instruction spéciale n'est nécessaire pour apprendre ce maniement, qu'un enfant peut exécuter après l'avoir vu effectuer une seule fois. Le compas est disposé de façon à ne pouvoir se refermer tout seul, et l'écartement des hampes est d'autant mieux maintenu que le malade ou blessé est plus lourd.

Ce système de compas articulé peut être adapté, à peu de frais, aux anciens brancards, en le substituant aux traverses rigides qui maintiennent l'écartement de leurs hampes. Le progrès que réaliserait cette transformation paraît si évident qu'il est à souhaiter que la substitution se fasse le plus vite possible, car il importe de dire qu'elle n'est pas encore commencée et qu'elle n'est admise qu'en principe.

Dans les guerres de montagne où le transport des malades et blessés ne peut se faire, en général, qu'à bras ou à dos d'homme, ou à dos de mulet, la longueur des hampes d'un brancard, à compas ou sans compas, offre de grands inconvénients pour l'arrimage à vide. Pour y remédier, on a apporté au brancard une modification pratique et importante, consistant à diviser chaque hampe en deux moitiés articulées entre elles d'une façon spéciale. Le brancard se replie, dans ce cas, suivant sa longueur, qui se trouve ainsi réduite de moitié pendant l'arrimage.

A part cette modification, particulière au spécimen destiné aux troupes de montagne, le brancard en usage dans les armées en campagne est ou sera d'un modèle uniforme pour toutes les formations régimentaires et hospitalières, et ce sera sans doute le brancard articulé à compas.

Pour l'usage des troupes de montagnes, on a étudié également des moyens de transport à dos d'homme, mais jusqu'à présent on n'a pu réaliser aucun appareil satisfaisant. La question reste donc à l'étude et mérite d'être sérieusement poursuivie.

Le Direction du Service de santé a eu à examiner différents systèmes de brancards sur roues, dont les avantages peuvent sembler, à première vue, excessivement précieux sous le rapport des évacuations, sinon au point de vue du relèvement des blessés. Le véhicule-support consisterait en deux roues aussi légères et solides que possible, écartées entre elles par un essieu articulé, de façon que, pour l'arrimage et le logement, les deux roues puissent être rapprochées l'une de l'autre, suivant le mode adopté pour certaines voitures de marchandes des quatre-saisons. Le brancard, qui peut être celui en usage dans l'armée, est placé et fixé sur des ressorts à suspension adaptés au véhicule, de manière à éviter les chocs et les cahots. Le brancardier saisit avec ses mains l'extrémité des hampes du brancard et pousse ou tire la voiture à volonté.

Aucun modèle n'a encore été adopté jusqu'à ce jour, même en principe croyons-nous, car l'inconvénient pratique du système consiste dans la difficulté de transporter en campagne le nombre de ces véhicules qu'on pourrait avantageusement attribuer à certaines formations hospitalières. On ne pourrait les loger que dans les fourgons, et les voitures attelées et attribuées normalement à ces formations sont à peine en nombre suffisant pour les besoins du service.

Il serait à souhaiter, toutefois, que cette très réelle difficulté pût être surmontée. Nous aurons l'occasion de rappeler plus loin combien les moyens d'évacuation sur routes et par voitures attelées sont restreints ou précaires dans certains échelons sanitaires, comparativement aux besoins qui peuvent surgir. Les réquisitions de voitures et de chevaux, en pays occupés ou traversés par les armées, ne fourniront pas souvent les résultats espérés, et chaque voiture réquisitionnée, et pouvant au plus recevoir deux brancards, exige la présence d'un conducteur et d'un cheval, au moins. Au contraire, un brancard suspendu sur roues ne nécessite qu'un homme, expose le blessé à moins de souffrances et peut rouler sur toutes les routes et même à travers beaucoup de chemins d'exploitation.

Du poste de secours, où ils ont été réunis, les blessés sont dirigés sur l'ambulance ; leur transport est assuré par les soins de cette dernière qui dispose à cet effet du matériel suivant (1) :

20 paires de cacolets.
10 paires de litières.
4 voitures à quatre roues.
4 voitures à deux roues.
132 brancards.

De tous les moyens de transport pour blessés, les plus mauvais, on le conçoit aisément, sont les cacolets et les litières. Mais ce sont le plus généralement les seuls pratiques et utilisables en pays de montagne et dans les régions dépourvues de routes, et, dans ces dernières prévisions, il a été indispensable d'affecter à chaque ambulance de division d'infanterie et de quartier général un certain nombre de litières et de cacolets. Chaque voiture à 4 roues, attelée de deux chevaux, est aménagée pour recevoir 4 blessés couchés sur des brancards suspendus ou 10 blessés assis. Chaque voiture à 2 roues, attelée d'un cheval, peut recevoir 2 blessés couchés sur brancards suspendus, mais aucun blessé assis, la voiture n'ayant pas de banquettes mobiles.

Toutes ces voitures sont pourvues de récipients pour le vin, l'eau ou la tisane, et les blessés sont protégés contre les intempéries par des rideaux en toile imperméable. Si elles ne réalisent pas la perfection idéale, elles sont du moins bien suspendues, rationnellement et pratiquement aménagées. Le seul reproche sérieux et fondé qu'on puisse leur adresser consiste dans leur poids trop lourd, par rapport à leur solidité qui ne semble pas suffisamment à l'épreuve d'un accident.

Ainsi, pour assurer le transport des blessés de tout un Corps d'armée depuis la ligne de feux jusqu'à l'am-

(1) Ces fixations, que le Ministre est libre de modifier, correspondent à la dotation d'une ambulance divisionnaire d'infanterie. L'ambulance du quartier général possède, en plus, 16 brancards, 2 voitures à quatre roues et 4 voitures à deux roues. L'ambulance de brigade de cavalerie ne dispose que de 22 brancards, de 3 voitures à quatre roues et de 3 voitures à deux roues ; elle n'a ni litières ni cacolets. L'ambulance d'une division de cavalerie possède 36 brancards et 6 voitures à quatre roues ; elle n'a ni voitures à deux roues, ni litières, ni cacolets.

bulance, le Service de santé dispose, sur le pied de guerre, d'environ :

626 brancards.
47 voitures à quatre roues.
19 voitures à deux roues.
30 paires de litières.
60 paires de cacolets.

L'ambulance, comme son nom l'indique, est une formation sanitaire essentiellement mobile. Elle est destinée à compléter l'action du service régimentaire en marche et en station, à recevoir les blessés relevés sur le champ de bataille et à leur donner les soins strictement indispensables pour qu'ils puissent être évacués promptement. Spécialement organisée pour le service du combat, elle doit être constamment disponible et prête à marcher ; même après un combat, elle doit pouvoir, en cas de mouvement, suivre la Division ou le Corps d'armée auxquels elle est affectée. Elle ne doit jamais être employée aux transports d'évacuation *à grande distance*. Il n'est fait d'exception à cette règle qu'en cas de stationnement prolongé, de siège ou d'investissement et de suspension des hostilités.

Sous aucun prétexte, le médecin-chef d'une ambulance ne devra donc oublier *que le rôle de la formation sanitaire qu'il dirige prend fin à l'instant précis où les troupes se remettent en marche, et non au moment où le dernier blessé qu'elle a admis aura reçu les soins que nécessitait son état.*

Dr Freeman.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 novembre 1892. — Présidence de M. d'Abbadie.

M. A. Chauveau. — *Sur l'existence de centres nerveux distincts pour la perception des couleurs fondamentales du spectre.* — 1° Le vert par démonstration directe, le rouge et le violet par déduction, semblent bien avoir droit, physiologiquement parlant, à la qualification de couleurs fondamentales qui leur a été attribuée par Yung. 2° Il y a, en effet, dans les centres nerveux, pour la perception de ces couleurs, des cellules distinctes, ou tout au moins douées de trois sensibilités indépendantes : une qui est excitée par les vibrations du rouge, l'autre par celles du vert et le troisième par les vibrations du violet. 3° Ces propriétés, assoupies pendant le sommeil, ne reviennent pas simultanément à l'activité. 4° C'est l'aptitude de la perception du vert qui se réveille la première. Aussi l'homme endormi près d'une fenêtre, laissant arriver la lumière du ciel à peu près également sur les deux yeux, voit-il dans la chambre, quand les paupières se relèvent au moment du réveil, les objets blancs ou gris illuminés fugitivement en vert très vif et très pur. 5° L'œil normal possède donc l'aptitude à analyser la lumière blanche et à la décomposer en ses couleurs fondamentales par un procédé psycho-physique résultant de l'intervention de modalités particulières, plus ou moins fugitives, imprimées aux cellules perceptrices des centres nerveux. Morax.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 décembre 1892. — Présidence de M. Chauveau.

M. Charrin, en son nom et au nom de M. Roger, rappelle l'ensemble de leurs communications sur les *états bactéricides du sérum.* M. Metschnikoff, dans un ouvrage récent, combat cette théorie et attribue la mort des microbes dans les cas de vaccination à de simples phénomènes de phagocytose. MM. Charrin et Roger ne nient aucunement la théorie de la phagocytose, mais ils soutiennent qu'à côté d'elle il y a place pour une autre théorie, celle qu'ils ont mise en lumière.

M. Mathias Duval poursuit ses recherches sur le *placenta des rongeurs.* Après avoir expliqué l'inversion du placenta chez la plupart des animaux de ce genre, il décrit aujourd'hui les étapes successives de l'évolution du placenta chez le lapin. M. Duval offre à la Société le recueil où sont consignées ses recherches sur le placenta des rongeurs.

M. Achard a étudié avec M. J. Renault l'*action des bacilles urinaires, tels que le bacterium coli sur l'urée.* Ces bacilles ne déterminent pas la fermentation ammoniacale de l'urée ; et, d'autre part, s'ils ne peuvent se développer dans les solutions pures d'urée, on les cultive bien dans l'urée à 1 % additionnée de peptine pancréatique. Mais il est à remarquer que, dans ces cultures, les bacilles perdent leurs propriétés caractéristiques de sécréter des substances fétides.

M. Auché (de Bordeaux) fait présenter par M. Gilbert une contribution à l'étude du *passage des microbes de la mère au fœtus à travers le placenta.* Il s'agit de deux femmes enceintes, l'une de trois mois et demi, l'autre de deux mois et demi, qui furent prises de variole confluente et avortèrent. Le sang et les tissus du fœtus contenaient le streptocoque et le staphylocoque doré. Les deux femmes ayant succombé, l'examen du sang et des viscères y montra ces deux mêmes microbes. Ces faits confirment ceux de MM. Hanot et Laget, qui ont également noté le passage du streptocoque de la mère au fœtus.

M. Dastre. — Le *rôle de la fibrine dans la coagulation du sang* a été envisagé diversement par les auteurs. On admettait, en général, que le sang se coagulait d'autant plus vite qu'il renferme moins de fibrine. Le sang, dans les fièvres, contenant plus de fibrine, se coagulait avec assez de lenteur pour que la couenne inflammatoire se produisît. Or, on peut démontrer qu'il n'en est rien par la méthode des saignées répétées. La richesse en fibrine du sang diminue, en effet, avec ces saignées, et pourtant le sang des dernières saignées, pauvres en fibrine, se coagule aussi vite que celui des premières.

M. Beauregard présente un travail sur l'*artère carotide externe du mouton.* Chez cet animal, l'une des branches de la carotide primitive est constituée par un réseau admirable qui va s'atrophiant à mesure que l'animal avance en âge.

M. Henry montre un *photoptomètre* basé sur la loi de déperdition lumineuse du sulfure. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 décembre 1892. — Présidence de M. A. Regnauld.

M. Verneuil revient sur la question du *traitement du tétanos.* Il pense que l'éradication du foyer infecté n'est indiquée que dans un nombre très restreint de cas, quand il ne s'agit que de petites mutilations. Il cite plusieurs cas où non seulement elle n'a eu aucune action curative, mais même non plus préventive, et insiste sur les dangers du chloroforme chez les tétaniques. Le chloral, au contraire, paraît donner de bien meilleurs résultats en général.

M. Chauvel n'est pas non plus partisan de l'éradication du foyer infecté. L'amputation ne réussit guère que dans les cas chroniques où le chloral, la morphine, le repos, réussissent également. D'ailleurs, au point de vue expérimental, M. Vaillard a montré que l'ablation complète des muscles, où il venait d'injecter quelques gouttes de toxine tétanique, n'empêchait pas le développement du tétanos. L'injection antitétanique peut prévenir mais n'enraye pas la marche de l'infection.

M. Trasbot. — Le tétanos est fréquent chez le cheval et peut se développer même avec des plaies ayant longtemps suppuré, et où s'est développé un foyer d'infection tétanique. Les vétérinaires ont donc raison de sectionner la queue de l'animal au-dessus de ce foyer. Le cas de M. Berger n'est pas démonstratif, car on ne sait jamais si un cas de tétanos guérira ou non. Chez le cheval, il tue dans la première semaine, rarement après, presque jamais après quinze jours. Le repos est encore la meilleure des conditions à remplir au point de vue thérapeutique.

M. Leblanc est du même avis que M. Trasbot. M. Nocard renonce du reste à faire des injections antitétaniques dans les cas de tétanos aigu. Quant aux cas chroniques, pour juger de l'efficacité de l'amputation, il ne faudrait pas l'employer concurremment avec d'autres méthodes de traitement.

M. Berger répond que, sur les quatorze tétaniques qu'il a soignés, les deux seuls qui ne soient pas morts sont ceux chez lesquels il a pratiqué l'amputation de la partie atteinte. D'ailleurs, cette méthode ne saurait être considérée comme toujours efficace. Mais elle est utile si elle est pratiquée à temps, avant qu'il y ait eu diffusion des germes. Quant aux injections antitoxiques, elles ont été employées concurremment avec d'autres méthodes. Elles n'en doivent pas moins être tentées dans les cas de tétanos chronique ou consécutif à des plaies abdominales et à des opérations sur le péritoine. M. Berger ne partage pas les craintes de M. Verneuil sur la chloroformisation qui lui a plutôt paru amener de l'amélioration passagère.

M. Larrey rappelle que son père, le baron Larrey, pratiquait l'amputation dans le tétanos, il y a près d'un siècle, et qu'il y renonça ensuite, peu encouragé par les résultats obtenus.

M. Le Fort regarde comme dangereux de chloroformer les tétaniques. Quant au traitement, il faut distinguer entre le tétanos chronique et le tétanos aigu. Le premier guérit presque toujours, le second jamais. On doit employer le chloral à dose modérée, car il peut s'accumuler et produire des accidents ultérieurement. Quant à l'amputation, il faut la réserver pour les cas désespérés.

M. Verneuil fait observer que, quoique souvent bénin, le tétanos chronique n'entraîne pas moins quelquefois la mort, et que ce qu'on doit tenter pour le tétanos aigu, c'est de le transformer en tétanos chronique.

M. Péan croit que le tétanos traumatique finira par disparaître grâce à la méthode antiseptique, comme a disparu le tétanos post-opératoire.

M. Laborde s'élève contre les accidents qu'on veut imputer au chloral, car le chloral s'élimine aussi rapidement que le chloroforme et on n'a pas à craindre d'accumulation.

MM. Saint-Yves Menard et Chambon font une communication sur l'*épuration de la pulpe vaccinale glycérinée*. Cette pulpe. qui ne donne que des éruptions médiocres à l'état frais, passables au bout de 25 à 30 jours, en donne de typiques au bout de 50 à 60 jours. Cette épuration est due à la disparition graduelle des microbes parasites sous l'influence de la glycérine et du temps. Le vieillissement suffit donc à produire l'épuration de la pulpe vaccinale glycérinée. P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 2 décembre. — Présidence de M. Desnos.

M. Babinski lit une note sur les *crampes musculaires dans le choléra.* Ces crampes, qui constituent un des symptômes les plus communs et les plus importants du choléra le plus souvent dans les formes graves et dans la période d'état, se développent spontanément ou sous l'influence de l'excitation la plus minime. Mais dans les formes bénignes et dans la période de décroissance les crampes spontanées peuvent être rares ou manquer. Or dans ces cas on peut presque toujours, par l'application de courants faradiques même faibles, à interruptions fréquentes, faire apparaître une crampe qui persiste pendant vingt-cinq à cinquante secondes au plus après que l'électrisation est suspendue. Ces crampes provoquées par la faradisation ne diffèrent en rien des spontanées. Lorsque la maladie s'atténue elles diminuent d'intensité et finissent par disparaître. Comme elles n'ont manqué que très exceptionnellement on peut légitimement admettre qu'elles faciliteront le diagnostic dans les cas douteux à condition d'avoir éliminé préalablement par un examen attentif et à l'aide des renseignements fournis par le sujet les divers états pathologiques dans lesquels ce phénomène peut aussi être observé. On peut en effet par la faradisation obtenir des crampes dans certaines intoxications (alcoolisme, saturnisme) ainsi que dans certains cas de névrites périphériques et chez des individus atteints simplement de troubles névropathiques et ne présentant aucun signe d'affection organique du système nerveux. Quant aux crampes du choléra elles ont pu être produites chez trois malades quelques jours avant l'apparition de tout autre symptôme. Dans tous ces faits il s'agit de crampes véritables qui se distinguent rien que par les réactions faradiques, de la raideur musculaire qu'on observe dans la maladie de Thomsen et dans cet état pathologique récemment décrit par Talma sous le nom de *myotonia acquisita.*

M. Raymond, à propos des *rapports du tabes et de la paralysie générale*, communique l'observation clinique et les détails histologiques concernant un malade atteint de tabes depuis 3 ans et devenu paralytique général un an après le début de l'ataxie. Il résulte de cette communication que dans ce cas les lésions tabétiques sont parfaitement symétriques et répondent aux descriptions classiques des lésions histologiques de l'ataxie, y compris les lésions bulbaires. Quant aux lésions de l'encéphale, elles sont absolument typiques et présentent cette particularité que les cellules nerveuses sont à peine malades, alors que les vaisseaux, la névroglie et les fibres à myéline de l'écorce sont très atteintes.

M. Rendu a observé un cas de tabes suivi de paralysie générale. C'était un alcoolique qui, d'abord en parfaite santé, fut pris de symptômes de tabes quelque temps après et présentait les troubles de la parole et les signes de la méningoencéphalite progressive diffuse. Ce malade était syphilitique.

M. Marie cite un mémoire de Furstner où sur 100 autopsies de paralytiques généraux on trouve 80 fois des lésions médullaires.

M. Raymond. — C'est surtout le point de départ qui est intéressant à noter. Chez le malade cité, il était nettement médullaire.

M. Debove répète devant la Société l'expérience tendant à démontrer que la *malaxation d'un intestin* vide de liquide, mais légèrement dilaté par des gaz ou de l'air, produit un bruit identique au bruit qualifié de *clapotage stomacal.*

M. Legendre, après l'expérience, persiste dans son opinion et s'élève contre la confusion qu'on veut faire entre le gargouillement et le clapotage. Ce dernier bruit a une sonorité spéciale qui montre qu'il se produit dans une cavité plus grande. Le bruit ne se produit que quand on introduit un peu de liquide dans l'estomac. Au reste, pour les bien comparer, il faudrait mettre les deux bruits en présence.

M. Debove. — Le bruit stomacal présente peut-être une petite différence; mais elle n'est pas facile à distinguer. D'abord que faut-il entendre par dilatation de l'estomac? Il n'y a pas dilatation quand l'estomac est grand, mais seulement quand il éprouve une difficulté à se vider. On voit des gens présenter du clapotage gastrique, sans rien avoir dans l'estomac, et, si on le lave, l'eau sort claire. Elucider ce point a une très grande importance, car la croyance à une dilatation qui n'existe pas conduit à des conséquences thérapeutiques dont les malades pâtissent le plus souvent. Beaucoup de malades neurasthéniques présentent ce symptome, alors on leur donne le régime sec, tandis qu'il leur faut un régime réconfortant. On a certainement abusé de la dilatation de l'estomac.

M. Legendre. — Ce n'est pas simplement parce qu'on entend le clapotage qu'il y a dilatation gastrique, celle-ci n'existe que quand le bruit se produit plus bas que dans les limites physiologiques. Quand nous voyons des neurasthéniques. nous ne les prenons pas pour des dilatés. Bien des malades ont seulement de l atonie gastrique. Mais, même dans ces cas, le régime vient en aide au traitement et il est très utile.

M. Debove n'a qu'un seul désir, c'est qu'on répète ses expériences afin que chacun puisse se former une opinion personnelle sur la question. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 décembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

Calcul du cholédoque ou cancer du pancréas.

M. Reclus. — Je tiens, après avoir réfléchi à l'argumentation de M. Terrier relativement au cas que j'ai communiqué à la Société dans sa dernière séance, et avoir parcouru un certain nombre de travaux français sur la question, à affirmer que je n'ai pas encore abandonné mon diagnostic opératoire, à savoir celui de calcul du cholédoque. Les raisons qu'a invoquées M. Terrier ne m'ont pas, décidément, convaincu. J'admets la valeur de l'argument capital de M. Terrier : l'atrophie de la vésicule biliaire dans les cas de calculs du cholédoque; mais je tiens à faire remarquer qu'il y a des cas très nets où on a constaté une dilatation de la vésicule (Chauffard, Lancereaux : observation inédite). Peut-être même l'atrophie ne s'observe telle que dans les calculs anciens, et peut-être n'y a-t-il de la dilatation que dans les cas d'obstruction récente du cholédoque, comme le cas de Braun paraît le prouver. Mais il y avait dans mon observation d'autres signes plaidant en faveur du calcul : l'hypertrophie du foie, rare dans le cancer; l'âge du malade (on n'a pas souvent un cancer du pancréas à 36 ans) ; le coefficient de l'urée ; l'absence de glycosurie expérimentale ; l'absence de cachexie cancéreuse proprement dite; ajoutons-y le bon état actuel du malade. Or, tous les auteurs disent qu'on meurt en 6 mois d'un cancer du pancréas.

M. Terrier. — Dans son argumentation, M. Reclus n'a pas pris soin de distinguer les cas d'obstruction du canal cystique avec retentissement plus ou moins marqué du côté du cholédoque des cas d'obstruction proprement dite, très nette, du cholédoque par un gros calcul. Sans cela il n'aurait pas rappelé quelques-uns des faits qu'il a cités au cours de cette discussion. En tous cas, ce qu'on peut dire, c'est que dans la très grande majorité des cas de calculs du cholédoque, il y a atrophie de la vésicule. Cela ne veut pas dire qu'on ne puisse pas trouver jamais des faits dans lesquels la vésicule soit dilatée ; tout est possible en pathologie, parce que tout est très complexe en pathogénie. M. Reclus prétend que les divers signes qu'il a énumérés tout à l'heure plaident en faveur d'un calcul; soit. Mais il ne faut pas oublier qu'ils n'ont absolument rien de pathognomonique : on peut les trouver tous réunis dans un cas de cancer, comme cela m'est arrivé récemment. En l'espèce, une observation isolée ne prouve rien. Ne pas oublier qu'il y a une sclérose de la tête du pancréas qui simule le cancer et peut expliquer ce qui se passe chez certains malades.

M. Reclus. — Je suis d'accord avec M. Terrier qu'il n'y a pas de signe pathognomonique. On ne peut se baser que sur un ensemble de symptômes.

M. Terrier. — Il y a un signe certain permettant d'affirmer la présence d'un calcul : c'est la ponction de la tumeur.

M. Reclus. — Je ne l'ai pas faite dans mon cas, de peur d'aggraver l'opération.

M. Terrillon lit un court rapport sur une note de M. Michaux ayant trait à un *sac herniaire enkysté et vide, trouvé dans la cavité d'une hydrocèle.*

M. Berger cite des observations comparables.

M. Lucas-Championnière rapproche ce fait de ceux qu'il a publiés antérieurement.

M. Routier fait une très intéressante communication sur la *rupture des voies biliaires dans les contusions abdominales.* Il fait d'abord l'historique de la question, lequel est assez obscur en raison de la rareté des observations, insiste sur la symptomatologie des accidents qui est toujours la même, cite un fait personnel qui cadre parfaitement avec ceux qui sont relatés déjà dans les annales de la science et termine par quelques indications thérapeutiques. La théorie semble engager à agir de suite ; pourtant la clinique montre que l'on peut attendre un certain temps avant d'intervenir, car la péritonite partielle qui se produit ne se généralise jamais, il est toujours temps, ultérieurement, de vider par la laparotomie l'épanchement bilieux qui se produit d'ordinaire au-dessous du foie. En face d'un accident de ce genre, si l'on suppose que l'intestin n'est pas atteint, il vaut donc mieux se borner à administrer de l'opium, à recommander le repos et à attendre les événements.

M. Jalaguier présente une petite fille atteinte depuis 5 ans d'*ankylose osseuse de la mâchoire inférieure*, à la suite d'une fracture qu'il a opérée et qui est guérie depuis plus de 3 mois. Elle ouvre maintenant très bien la bouche, ce qu'elle ne pouvait pas faire auparavant.

M. Delorme (Val-de-Grâce) présente un malade auquel il a fait une *suture de l'urèthre.* Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 8 décembre 1892. — Présidence de M. E. Besnier.

M. Brocq, à l'occasion du procès-verbal, fait une communication sur les *rapports entre le pemphigus foliacé et la dermatite herpétiforme.* Les descriptions que l'on donne du pemphigus foliacé sont un véritable chaos dans lequel il semble cependant possible d'isoler trois types : 1° Un type caractérisé par un prurit modéré, une éruption commençant par des bulles, éruption qui se modifie rapidement et qui est suivie de rougeur avec desquamation et papillomatose généralisée du derme. L'état général reste bon pendant des années. 2° Un type déjà moins pur caractérisé par un prurit assez modéré, par une éruption mixte dès son début, c'est-à-dire constituée à la fois par des rougeurs et par des bulles. L'éruption persiste telle pendant toute la durée de la maladie avec conservation du bon état général. La papillomatose est bien moins marquée que dans le cas précédent. C'est à ces deux types que l'on peut à la rigueur conserver le nom de Pemphigus foliacé. 3° Il y a un type tout à fait différent. Alors l'éruption présente deux phases : d'abord prurit très intense, éruption polymorphe dès le début, caractéristique de la dermatite herpétiforme de Duhring, et qui, comme cette dernière, survient souvent à la suite d'émotions vives. Dans une seconde phase, l'éruption change de caractère : de la rougeur survient, puis de la desquamation et des croûtes. La mort est le fait du progrès de la maladie ou des complications. Ce troisième type, si différent des deux autres, n'est en somme que la dermatite herpétiforme de Duhring ayant tourné vers ce que Bazin appelait l'herpétide exfoliatrice maligne. Le cas décrit à la précédente séance par MM. Hallopeau et Fournier doit être considéré comme un fait de cet ordre et non comme un pemphigus. Il s'est agi au début d'une dermatite de Duhring.

M. E. Vidal croit en effet que les dermatites herpétiformes peuvent arriver à l'état cachectique sous forme d'herpétides exfoliatrices malignes. Quant à la question du pemphigus foliacé elle est à revoir, car on comprend certainement sous ce nom plusieurs types morbides.

M. Hallopeau maintient que, chez sa malade, l'éruption était celle que l'on attribue à l'affection que l'on s'entend à désigner sous le nom de pemphigus foliacé. Il est possible qu'elle ait au début des ressemblances avec la dermatite herpétiforme, mais ce n'est pas la même maladie.

M. Du Castel présente une malade qu'il considère comme atteinte *de mycosis fungoïde.*

M. E. Vidal pense à du prurigo de Hebra.

M. E. Besnier fait remarquer que souvent le mycosis fungoïde se cache derrière de semblables lésions. Pendant des années, on pense à du prurigo par exemple et ce n'est que plus tard que le vrai diagnostic s'impose.

M. Hallopeau et Phulpin font une communication *sur un cas de mycosis fungoïde d'emblée compliqué de gangrène massive avec dénudation du squelette.* — Les auteurs ont fait la statistique des cas de mycosis qui ont été soignés à Saint-Louis depuis 33 ans ; leur nombre paraît avoir sensiblement augmenté dans ces dernières années. Ils tirent d'un nouveau cas les conclusions suivantes : 1° Les ulcérations des néoplasies mycosiques peuvent être consécutives à une gangrène en masse de leur tissu ; 2° Elles peuvent, comme l'ont

vu MM. Gillet, Vidal et Brocq, mettre à nu le squelette; 3° Elles peuvent s'étendre par la progression excentrique du bourrelet qui les circonscrit et la destruction concomitante, par sphacèle, de sa partie interne ; 4° La zone d'envahissement de ces néoplasies peut être constituée par une aréole d'un rouge sombre et intense de plusieurs centimètres de diamètre; la peau est, à son niveau, épaissie et œdémateuse; 5° Le diagnostic repose surtout sur la coexistence de néoplasies mycosiques non ulcérées, d'aspect caractéristique, pathognomonique ; 6° Les caractères du bourrelet qui circonscrit l'ulcération, sa disposition en cercle ou en fragments de cercles, la parfaite régularité de ses contours et de son rebord convexe, et son extension par progression excentrique avec sphacèle concomitant de sa partie interne, appartiennent également en propre à ces néoplasies ; 7° L'absence de prurit et d'adénopathie contribue à différencier ce mycosis d'emblée des formes érythémateuses et mixtes; 8° L'oblitération des petits vaisseaux par prolifération de leur endothélium et thrombose explique les gangrènes profondes et étendues qui viennent compliquer cette forme.

MM. Hallopeau et Jeanselme. — *Sur un cas de mycosis fongoïde avec localisation palatine et induration scléreuse très étendue de la peau.* — Il s'agit d'un cas typique de mycosis d'Alibert, remarquable par le volume, la coloration violacée et la confluence, à la face, des tumeurs mycosiques. Une tumeur mycosique, du volume d'une noisette, s'est développée au sommet de la loge amygdalienne ; c'est le seul fait dans lequel cette localisation ait été signalée, si l'on fait abstraction d'un cas de sarcomatose observé par l'un des auteurs et considéré sans preuve suffisante comme de nature mycosique. D'autre part, une induration scléreuse très prononcée existe dans presque tout le tégument externe ; elle intéresse le tissu cellulaire sous-jacent; ce n'est pas le simple épaississement signalé dans les formes érythémateuses,une ulcération dorsale est entourée du bourrelet caractéristique. L'examen histologique d'une petite tumeur enlevée à la face y a dénoté l'existence dans le derme d'un tissu réticulé dont les mailles sont remplies de cellules arrondies ou polygonales par pression réciproque; une dilatation considérable des petits vaisseaux explique l'aspect violacé que présentent les néoplasies ; l'obstruction de beaucoup d'entre eux par la prolifération de leur endothélium explique les ulcérations et mortifications partielles dont plusieurs de ces tumeurs sont le siège.

M. Renault présente une malade atteinte de *chancre syphilitique de la région cervicale droite.* L'inoculation a été déterminée par un baiser.

M. Quinquaud présente un malade atteint de *lupus tuberculeux serpigineux de la région fessière.* La lésion ressemble absolument à une syphilide tertiaire et le malade dit avoir eu un chancre et un bubon suppuré, autour duquel s'est développée la lésion actuelle qui a envahi progressivement la partie interne de la cuisse, la fesse et la région lombo-sacrée. L'histologie a démontré que l'on n'avait pas affaire à une lésion syphilitique, mais à une lésion tuberculeuse; de plus, le traitement antisyphilitique a échoué.

M. Fournier fait ressortir la ressemblance de cette lésion avec une lésion syphilitique, mais, comme l'avait dit Ricord, en fait de phagédénisme, toutes les lésions se ressemblent. Ce qui est étrange, c'est ce début par un bubon suppuré : faut-il admettre une adénopathie scrofuleuse qui a dégénéré ou bien ne s'agirait-il pas d'une lésion syphilitique sur laquelle est venue se greffer la tuberculose. M. Fournier rappelle, à cette occasion, qu'on peut voir des pneumopathies syphilitiques par exemple qui sont, dans la suite, envahies par la tuberculose. Il est possible qu'ici on ait eu affaire à un phagédénisme simple, sur lequel s'est greffée plus tard la tuberculose.

M. Zambaco communique à la Société les recherches qu'il a entreprises en Bretagne sur la *lèpre* en parcourant ce pays où les souvenirs de la lèpre sont restés très vivaces. M. Zambaco a observé un certain nombre de malades qui sont, pour lui, bien et dûment atteints de la lèpre. La lèpre existe en Bretagne non seulement sous une forme fruste, mais encore sous sa forme classique. On trouve chez les malades la dissociation de la sensibilité, les mutilations des doigts, les tubercules mêmes, la lenteur d'évolution de la maladie, etc. On y voit toutes les formes de la lèpre, lazarine, mutilante, anesthésique, tuberculeuse. On y trouve même cette forme ichtyosique qui a été signalée au Japon. M. Zambaco fait passer des photographies qu'il a prises en Bretagne et à Constantinople où l'on voit, en effet, les mêmes lésions. Pour lui, la maladie de Morvan n'est qu'un reliquat de l'ancienne lèpre; c'est la forme mutilante. M. Zambaco a vu aussi des lépreux, qui présentaient ces déviations vertébrales de la syringomyélie qui n'est encore qu'une forme de la lèpre. La lèpre est donc plus commune qu'on ne le croit et certainement on la trouvera à Paris comme en Bretagne : une foule d'affections sur lesquelles on ne met aujourd'hui aucune étiquette seront reconnues comme étant de nature lépreuse. — Les arguments de M. Zambaco semblent entraîner la conviction : reste la question du bacille qui sera tranchée à bref délai.

M. Gaucher fait remarquer que, ce bacille fît-il défaut, les caractères cliniques que vient d'exposer M. Zambaco suffiraient pour qu'on partageât sa manière de voir.

M. Barthélemy a publié l'observation d'une malade dont le diagnostic était resté incertain; il est convaincu aujourd'hui qu'il s'agissait de lèpre. Paul Raymond.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 1er décembre 1892. — Présidence de M. Salmon.

M. de Nadaillac rappelle une découverte faite à Lampa dans un Etat américain, à 300 pieds de profondeur, sous une épaisse couche de lave, d'une petite *statuette* qu'il croit d'*origine paléolithique.* Elle serait aussi ancienne que le crâne de Calaveras.

M. Mortillet dit que le crâne de Calaveras a été reconnu faux. Il faut de plus songer que les phénomènes volcaniques ayant été plus intenses qu'en Europe l'épaisseur de la couche de lave quoique plus grande n'indique pas une antiquité plus reculée. La statuette de Lampa serait donc néolithique.

M. Manouvrier présente un mémoire de MM. Telesforo de Ransadi et de Hoyos sur la *race espagnole.* Ils ont établi la carte des indices céphaliques et nasaux suivant les provinces. Cette carte remplit une lacune importante. On en avait établi de pareilles en France et en Italie, mais pas encore dans la péninsule Ibérique. La race brachycéphale a été refoulée au N.-Ouest dans la Galice et dans la région montagneuse au Sud de la Vieille-Castille, par la race dolichocéphale qui domine dans tout le Sud et en Portugal comme l'ont montré MM. Ferras de Macedo et Lajard.

M. Hovelacque présente un travail fait en collaboration avec M. Hervé sur les *habitants du Morvan.* Ils ont choisi le Morvan à cause de son niveau élevé de 700 m. et de sa constitution granitique qui le différencie bien des plaines environnantes. En envoyant des questionnaires aux instituteurs, ils ont pu dresser une carte de la couleur des yeux et des cheveux. Les cheveux sont en général châtain foncé, un peu plus clair chez les enfants. Les yeux sont gris, gris bleu. Cette couleur des yeux est spéciale, différant de celle des Celtes Auvergnats qui est brune. M. Hovelacque se propose d'étudier les crânes dont il a rapporté une nombreuse série dans la prochaine séance. Mais il doit dire déjà que l'influence des « petits Paris » où enfants envoyés par l'Assistance publique de Paris, au nombre de 80,000 depuis 1801, est légère. Ces enfants prennent pourtant racine dans le pays : ils disent père et mère à leurs parents adoptifs comme s'ils étaient des enfants véritables et sont désolés quand leurs vrais parents de Paris les réclament. Dans leur enquête, les auteurs n'ont pas tenu compte des petits Paris qui se distinguent des vrais habitants de pays par le costume qui est parisien et par l'intelligence qui est plus vive : ils ont tous les prix dans leurs classes.

M. Zaborowski marque l'importance au point de vue de la race des enfants envoyés de Paris. Ainsi dans le Loir-et-Cher les enfants que les nourrices vont prendre à Paris sont généralement abandonnés au bout de quelques mois par les parents qui ne paient plus la pension.

M. Sanson pense que le caractère des yeux bleus peut être dû à un croisement. La race française de moutons a été mé-

langée avec des béliers mérinos d'Espagne. Après quelques types croisés la race a repris tous ses caractères spécifiques, sauf la laine qui a gardé l'aspect de celle des mérinos.

M. Manouvrier présente un *fémur* d'un sujet qui ayant subi une *fracture de cet os*, n'a plus pu se servir de ce membre et a vu les muscles de la cuisse s'atrophier. Le corps du fémur est arrondi comme celui du gorille et n'a pas la forme prismatique humaine. Il en déduit que c'est l'action musculaire qui donne cette forme prismatique.

M. Hervé note que l'on observe l'atrophie des muscles de la cuisse sans qu'il y ait diminution de la ligne âpre du fémur : ce qui tendrait à prouver que les muscles ont peu d'action sur l'os, une fois celui-ci constitué.

M. Laborde conclut en disant qu'un seul exemple est sans valeur. Pour tirer une conclusion ferme il faudrait une série.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

VIII. — Fièvre typhoïde ; par le Dr Coutenot (de Besançon). — J.-B Baillière, éditeur, 1892.

IX. — Traité de la goutte ; par le Pr Dyce Duckworth. Traduction par le Dr Paul Rodet ; préface du Dr Lecorché. — Paris, Alcan, éditeur, 1892.

X. — Contribution à l'étude de l'anasarque essentiel ; par les Drs Galvagni et Mazotti. — Naples, 1889.

XI. — Sulla pollierromenite acutissima (malattia di Concato); par le Pr Galvagni. — Naples, 1890.

XII.— Dyspepsie : signes chimiques et thérapeutiques ; par le Dr N.-N. Abaytua — Madrid, 1891.

VIII. — Le livre du Dr Coutenot est un très bon exposé de nos connaissances actuelles sur la fièvre typhoïde. Cette maladie est décrite d'une façon claire, avec de bonnes divisions rendant son étude facile. Cette partie didactique est suivie d'une étude assez longue de la médication de la dothiénentérie, puis enfin d'un grand nombre d'observations de l'auteur, relatives à la maladie en question. Ce livre se termine par un chapitre historique concernant les épidémies de fièvre typhoïde qui ont frappé Besançon à différentes époques pendant le dix-neuvième siècle.

IX. — Ce livre est un traité complet de la goutte ; il est une seule chose que nous n'ayons pas trouvée, malgré le soin avec lequel nous l'avons cherchée, c'est la description classique de l'attaque de goutte. Mais le reste de l'ouvrage est fort riche en faits. La classification permet facilement de retrouver les différents sujets que l'on cherche, l'ordre étant parfait. Nous devons signaler le chapitre de la pathogénie de la goutte où l'auteur expose ses opinions sur ce sujet. Pour lui, la goutte est une affection neuro-humorale. Si la goutte est héréditaire, on trouve, dit-il, chez les ascendants des troubles nerveux (excès de travail intellectuel, débauche, etc...). Chez les goutteux acquis comme chez les héréditaires, les troubles chimiques du sang engendrent, à leur tour, des phénomènes neuropathiques. Les lésions articulaires ne se rencontrent-elles pas dans le tabes ? Les arthropathies de la goutte pourraient bien avoir pour cause, au moins dans une certaine mesure, des lésions nerveuses ou tout au moins une névrose. Un chapitre fort intéressant de ce livre est consacré aux rapports de la goutte avec les différentes maladies : rhumatisme, saturnisme, tuberculose, syphilis, diabète, hémophilie, migraine, maladies fébriles, etc. L'auteur constate que la goutte régulière devient de plus en plus rare et qu'elle prend le plus souvent un type irrégulier et par son début, et par la marche consécutive. Il existe un grand nombre de formes incomplètes ou atténuées souvent sans manifestations articulaires. La fin de de ce volume se termine par un long chapitre sur le traitement de l'attaque et des différentes modalités ou complications de la goutte.

X. — Les auteurs relatent la plupart des cas d'anasarque, dit essentiel, connue dans la science. Ils ne peuvent émettre une opinion absolue sur la pathogénie de cette affection. Ils seraient assez d'avis de la ranger sous la cause générale du rhumatisme.

XI. — Le professeur Galvagni propose le nom de Poliorroménite (de πολυς, plusieurs, ὀρρός, séreuse, μῆνιγξ, membrane) à une inflammation s'attaquant en même temps à plusieurs séreuses. Cette affection peut être séreuse, ou séro-fibrineuse, ou purulente. L'auteur réclame pour Concato l'honneur d'avoir décrit ce complexus pathologique. Nous trouvons dans ces cas : 1° un individu soigné depuis longtemps pour une fracture compliquée, pris de fièvre et de frissons, etc., et mort avec de la pleurésie, de la péricardite et de la péritonite ; 2° mêmes accidents chez un malade présentant un hygroma de la bourse sus-trochanterienne ; 3° une pleurésie double ; 4° une pleuro-pneumonie gauche avec médiastinite et méningite suppurée ; 5° une néphrite aiguë avec pleurésie et péritonite suppurées chez un blennorrhagique ; 6° une pleurésie avec péricardite et péritonite avec exsudat purulent chez un tuberculeux. Est-il besoin de créer un mot nouveau pour exprimer l'inflammation des grandes séreuses dans des conditions si différentes les unes des autres ?

XII. — Ce travail est le résumé de toutes les doctrines actuelles sur le chimisme stomacal ; il comprend la nomenclature des divers examens du suc gastrique et enfin une étude de la thérapeutique appliquée aux différentes formes des dyspepsies. A. Raoult.

CORRESPONDANCE

Hospice National des Quinze-Vingts.

Incident du Concours pour le Clinicat.

On nous donne connaissance de la lettre suivante :

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation les faits suivants : Les 28 et 29 novembre dernier a eu lieu, à la Clinique nationale des Quinze-Vingts, le concours pour les emplois de chefs de clinique, concours se composant de deux épreuves cliniques. Trois concurrents se trouvaient en présence, au nombre desquels j'étais. Les points ont été donnés, à la suite des épreuves, ainsi qu'il suit :

	1re épreuve	2e épreuve	Total des 2 épreuves.
MM. Bastide	13	16	29
Bonnard	16	13	29
de Bourgon	10	14	24

Mais à ces points il a été ajouté, selon le règlement, paraît-il, *des points dits de service, multipliés par un coefficient* 3, ainsi qu'il suit :

MM. Bastide . . . . . . $18 \times 3 = 54$
de Bourgon . . . . . $18 \times 3 = 54$
Bonnard . . . . . . $16 \times 3 = 48$

Ce qui, en définitive, termine le concours ainsi :

MM. Bastide 83
de Bourgon 78
Bonnard 77

Je ne sais si l'administration a pris en considération qu'un coefficient, portant seulement sur des points comptés en dehors du concours, constitue une *inégalité énorme et annihile complètement la valeur des épreuves réelles*, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par les chiffres ci-dessus.

Mais ce que je puis affirmer, c'est qu'avant le concours j'ignorais complètement cette clause du règlement, attendu qu'elle n'a été portée à la connaissance des candidats ni par voie d'affiche ni par autre. Je n'ai reçu au sujet des conditions du concours que la lettre dont ci-joint la copie, où il n'en est nullement question.

De plus, *ces points, qui auraient dû tout au moins être fixés et proclamés avant le concours, n'ont été fixés qu'entre les deux épreuves et proclamés qu'après la seconde.*

En conséquence, j'estime que ces faits constituent une *grande irrégularité* (?), grâce à laquelle je perds le bénéfice acquis largement par les épreuves réelles du concours ; et je prends la liberté de vous adresser la présente réclamation, afin de lui donner la suite qu'elle vous paraîtra comporter.

Veuillez recevoir, Monsieur le Ministre, l'assurance de mon profond respect.

A Paris, le 30 novembre 1892.

Dr Bonnard,
Aide de clinique à la Clinique des Quinze-Vingts.

Voici le texte même de la lettre d'avis adressée à chacun des candidats à la place de chef de clinique.

Ministère de l'Intérieur. — Hospice National des Quinze-Vingts. — Paris, le 189 .

Les épreuves du concours spécial pour les emplois de chef de clinique consistent en :

1° Une épreuve pratique de réfraction sur un malade ; il sera accordé *vingt minutes* pour l'examen du malade et *cinq minutes* pour l'exposition ;

2° Une épreuve clinique portant sur un malade quelconque ; il sera accordé *quinze minutes* pour l'examen du malade et *dix minutes* pour l'exposition.

Les concours doivent être absolument loyaux ou ils n'ont pas de raison d'être. Mieux vaut la nomination directe ou à la faveur qu'un faux concours. Nous sommes partisan des épreuves sur titres à la condition que les points soient donnés avant la lecture des copies de la question écrite et qu'un rapport mis à la disposition des candidats ou lu devant eux justifie les points attribués aux titres de chacun d'eux.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Chirurgie (Tome VII); par MM. Potherat, Quénu, Segond, Walther, Tuffier et Forgue. — G. Masson, éditeur, Paris, 1892.

Nous sommes bien en retard pour annoncer l'apparition du Tome VII du Traité de Chirurgie. Chacun son tour ! Ce volume comprend, disons-le de suite, les maladies du rectum et de l'anus, qui ont été réservées à M. Potherat ; l'étude des affections du mésentère, du pancréas et de la rate, due à M. Quénu; la chirurgie du foie, où l'on reconnaitrait sans peine — à supposer que l'auteur n'eût pas signé son article — la plume de M. Segond ; le consciencieux travail de M. Walther sur le bassin ; les maladies de l'appareil urinaire, rédigées en partie par un élève du Pr Guyon, M. Tuffier, en partie par un chirurgien très distingué de province, M. le Dr Emile Forgue (de Montpellier).

Revenons sur chacun de ces divers chapitres, qui tous — il n'est pas déplacé de le redire pour chaque volume — sont remarquables à plus d'un titre. D'ailleurs, si les uns mettent en relief la valeur de l'écrivain, les autres font plutôt ressortir la compétence toute spéciale de certains chirurgiens sur telle ou telle partie de la pathologie externe. C'est ainsi que personne ne niera l'expérience clinique de M. Quénu en ce qui concerne le traitement chirurgical des affections de l'abdomen et par suite des tumeurs du mésentère, de la rate, etc., etc.; de M. Potherat, élève du regretté professeur Trélat, en ce qui concerne les affections du rectum ; de M. Tuffier pour les maladies des reins, etc.; de M. Segond, en ce qui concerne la chirurgie des kystes hydatiques du foie. Et l'article que notre cher maître a consacré aux affections chirurgicales de ce dernier organe est vraiment remarquable. Au moment où il a paru, il représentait de la façon la plus exacte et la plus complète l'état actuel de cette capitale question de chirurgie abdominale. J'attire surtout l'attention sur les chapitres où sont traités les abcès et les kystes hydatiques du foie. Les détails dans lesquels l'auteur est entré montrent qu'il connait à fond les nombreux travaux qui ont été publiés sur ce sujet et mettent en relief la façon dont il comprend le traitement de ces affections. Je n'ai pas besoin d'insister non plus sur ce qui a trait aux accidents et complications de la lithiase hépatique, autrement dit à la chirurgie des voies biliaires. Avant l'apparition de ce volume, aucun de nos traités classiques n'avait abordé la question à un semblable point de vue. Tous ceux qui, par profession, ne peuvent pas se tenir au jour le jour au courant des travaux qui paraissent à l'étranger sur cette chirurgie-là, devront lire d'abord le résumé que M. Segond a rédigé ; et ils pourront apprécier, en parcourant les pages consacrées à la discussion des différentes interventions, avec quelle prudence ce chirurgien engage à intervenir et quel sens clinique dénotent les réserves qu'il a faites sur certaines opérations discutées, tentées par nos voisins. N'oublions pas un chapitre tout nouvellement introduit dans les traités de pathologie externe, le *foie mobile*, qu'on a tenté de guérir par une opération que nous avons dénommée le premier *Hépatopexie* (1890). Terminons cette trop courte analyse en mentionnant les articles très soignés de M. Forgue sur les vices de conformation de l'urèthre, les rétrécissements de ce canal, les uréthrites, les affections de la prostate, etc.

Certes, quelques chapitres, dus pourtant à de jeunes chirurgiens, ont été rédigés à la hâte, écourtés, traités à un point de vue plus médical que chirurgical ; mais ces quelques faiblesses ne déparent pas trop ce nouveau joyau de la couronne magistrale que se sont tressées, à l'aide de cette belle et utile publication, MM. Reclus et Duplay. Marcel Baudouin.

VARIA

Commissions supérieure et mixtes des Sociétés françaises de Secours aux Blessés.

Un décret du 19 octobre dernier, portant règlement sur le fonctionnement général des Sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer, spécifiait la création d'une *Commission mixte par Société* et la création d'une *Commission supérieure des Sociétés*.

Voici quelle est, par décret en date du 5 décembre, la composition de ces diverses commissions.

I. — Commissions mixtes.

1° — *Société française de secours aux blessés*. Commission militaire : M. le Dr Lemardeley, médecin principal de 1re classe, adjoint au directeur du Service de santé au ministère de la guerre. — Commission civile : M. le Dr A. Riant, vice-président de la Société.

2° — *Union des Femmes de France*. Commission militaire : M. le Dr Schneider, médecin-major de 1re classe, attaché à la direction du Service de santé au ministère de la guerre. — Commission civile : M. le Dr Bouloumié, secrétaire général de l'Union.

3° — *Association des Dames françaises*. Commission militaire : M le Dr Benech, médecin-major de 1re classe, détaché au ministère de la guerre. — M. le Dr Duchaussoy, secrétaire général de l'Association.

II. — Commission supérieure.

La commission supérieure des Sociétés d'assistance aux blessés et malades militaires, prévue par l'article 7 du décret du 19 octobre 1892, est ainsi composée :

Président. — M. le médecin inspecteur Dujardin-Beaumetz, directeur du Service de santé au ministère de la guerre.

Membres. — M. le marquis de Vogüé, vice-président de la Société de secours aux blessés militaires, membre de l'Institut, délégué de la Société ; Mme Kœchlin-Schwartz, présidente de la Société l'Union des femmes de France ; Mme la comtesse Foucher de Careil, présidente de la Société l'Association des dames françaises ; MM. les Drs Riant, vice-président de la Société de secours aux blessés militaires ; Bouloumié, secrétaire général de la Société l'Union des femmes de France ; Duchaussoy, secrétaire général de la Société l'Association des dames françaises, commissaires civils de ces Sociétés ; M. Nogier, médecin principal de 1re classe, adjoint au directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris ; M. Bonnafy, médecin en chef de la marine, membre du Conseil supérieur de santé de la marine, représentant le ministre ; M. Lemardeley, médecin principal de 1re classe, adjoint au directeur du Service de santé au ministère de la guerre, commissaire militaire près la Société de secours aux blessés ; M. Benech, médecin-major de 1re classe, commissaire militaire près la Société l'Association des dames françaises ; M. Schneider, médecin-major de 1re classe, commissaire militaire près la Société l'Union des femmes de France ; M. Robini, officier d'administration de 2e classe du Service des hôpitaux militaires, *secrétaire*.

Statistique médicale de l'armée en 1890.

La *Statistique médicale de l'Armée pendant l'année* 1890, volumineux document, de 430 pages in-4, parait un peu tardivement ; mais son examen ne manque pas d'intérêt. En voici quelques extraits, pris à une source autorisée, et basés sur un effectif moyen de 533,042 officiers, sous-officiers, caporaux et soldats.

Malades à la chambre. — Le nombre total des journées de malades à la chambre a été de 679,334, soit 1,484 pour mille. Il est sensiblement supérieur à celui de 1889, en raison de l'influenza, qui a donné 66,500 indisponibilités de plus qu'en année normale.

Malades à l'infirmerie. — On compte, en 1890, 182,563 entrées à l'infirmerie, soit 399 pour mille, contre 367 en 1889, pour le motif exposé ci-dessus.

Malades à l'hôpital. — Sont entrés à l'hopital pendant l'année, 116,849 hommes, c'est-à-dire 219 pour mille ; nous n'avions, en 1889, que 202 pour mille. Dans ces entrées, la garde républicaine ne figure que pour 44 pour mille, tandis que les pénitenciers et les prisons militaires sont inscrits pour 659 pour mille. L'infanterie, la cavalerie, l'artillerie et le génie ont respectivement 187, 197, 202, et 271 pour mille ; les pompiers arrivent à 313.

Les maladies qui ont nécessité le plus grand nombre d'entrées aux hospices sont : la fièvre typhoïde, 10,3 pour mille ; la rougeole, 10,5 ; les rhumatismes, 13,8 ; la grippe, 14,7 ; le paludisme, 15,4 ; les maladies de l'appareil digestif, 16,3 ; la laryngite et la bronchite, 20,6. Au point de vue de la morbidité générale, les secrétaires d'état-major et de recrutement, la garde républicaine, les commis et ouvriers d'administration, l'infanterie de ligne, les infirmiers et les régiments étrangers accusent les chiffres les plus bas ; viennent ensuite les spahis les bataillons d'Afrique, les tirailleurs algériens, les sapeurs-pompiers, l'artillerie, le train, le génie, la cavalerie, les zouaves, etc., et, en dernier lieu, les chasseurs d'Afrique. Les maladies vénériennes présentent une diminution sensible sur les années antérieures. C'est le mois de janvier qui a donné le plus grand nombre d'entrées à l'hopital, tandis que le mois d'octobre a été le plus faible.

Mortalité. — L'épidémie de grippe a porté de 6,19 pour mille, en 1889, à 6,66 pour mille, en 1890, le chiffre total des décès ; l'augmentation de la mortalité a été plus particulièrement sensible dans le corps expéditionnaire de Tunisie. En effet, le 1er corps d'armée, le moins atteint, n'a eu que 3,20 pour mille de morts, tandis que la brigade de Tunisie en a eu 13,44. Grace aux précautions prises, la fièvre typhoïde, qui assumait naguère le tiers des décès généraux, n'en représente plus que le quart en 1890. Nous avons encore fait des progrès dans ces deux dernières années.

Suicides. — Le chiffre des suicides a été de 149, dont 115 pour l'armée de l'intérieur et 34 pour les troupes d'Algérie et de Tunisie. La moitié des suicides ont eu lieu par coup de feu, un quart par submersion et un quart par pendaison ; les mois de juin, de novembre et de décembre sont les plus chargés. Pas de suicides dans les compagnies de cavaliers de remonte, d'ouvriers d'artillerie et d'artificiers, les infirmiers et les sapeurs-pompiers.

Retraites et réformes. — Le nombre des militaires retraités et réformés pour maladies et infirmités s'est élevé à 10,916 (20,6 pour mille).

Vaccinations et revaccinations. — Il a été pratiqué 507 195 vaccinations et revaccinations, chiffre supérieur de près de 100.000 à celui de 1889 : ce résultat est dû en partie à ce que les vaccinations et revaccinations des réservistes et territoriaux ont été pour la première fois integralement comptées.

Hygiène des Lycées.

Nous avons publié (n° 16, p. 418) une note sur l'alimentation d'eau du lycée d'Alençon. Cette note nous était parvenue à la fin des vacances et s'est trouvée ajournée. Durant ce temps, l'amélioration dont nous indiquions la nécessité attirait l'attention de l'administration du lycée, et dans le courant du mois de septembre des travaux étaient entrepris pour approvisionner le lycée d'Alençon d'eau de source. Ils étaient terminés le 1er octobre, c'est-à-dire la veille de la rentrée, suivant la lettre que nous venons de recevoir de M. le proviseur du lycée. Il s'ensuit que les parents des élèves n'ont plus à redouter le retour d'une épidémie semblable à celle que nous avions rappelée.

Nous avons dit alors que la ville d'Alençon était alimentée maintenant en eau de source de bonne qualité. Néanmoins il se produit encore des cas de fièvres typhoïdes dans la ville, dus à ce que, dans certaines maisons, on persiste à s'alimenter en eau de puits contaminée. Le préfet de l'Orne a pris les mesures nécessaires pour empêcher le retour de ces accidents.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 12. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Sebileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Pinard, Jalaguier, Poirier.

MARDI 13. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Roger. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Guyon, Panas, Albarran. — (2e *série*) : MM. Le Fort, Le Dentu, Brun. — (2e *partie*) ; MM. Peter, Bouchard, Charrin.

MERCREDI 14. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Sebileau, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Joffroy, Marie. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier.

JEUDI 15. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Brun, Bar. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Debove, Gilbert.

VENDREDI 16. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*). — MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — (2e *série*) : MM. Marchand, Ricard, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Potain, Brissaud, Chauffard.

SAMEDI 17. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Poirier, Albarran. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ballet, Gley. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Le Dentu, Schwartz, Quénu. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Debove, Roger. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouchement rue d'Assas : MM. Tarnier, Nélaton, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

JEUDI 15. — M. Hamel. Contribution à l'étude clinique des hallucinations génitales et des idées érotiques chez les persécutés. — M. Godivier. De l'hérédité dans la paralysie générale. Son influence sur les symptomes, la marche et la durée de la maladie chez la femme. — M. Deleeœullerie. Des kystes séreux de la conjonctive bulbaire et spécialement d'une variété que nous pouvons appeler kystes lymphatiques. — M. Macquart-Moulin. Des méthodes de traitement chirurgical appliquées aux suppurations péri-utérines. — M. Coquerelle. Bretonneau (1778-1860). La doctrine spécifique. Ses origines et son évolution. — M. Grégoire. Étude sur les affections vermineuses pendant la période græco-romaine, principalement aux points de vue clinique et thérapeutique. — M. Becue. De l'actinomycose. — M. Ducellier. Étude anatomo-pathologique des lésions pulmonaires d'origine cardiaque.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 27 nov. 1892 au samedi 3 déc. 1892, les naissances ont été au nombre de 1070 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 391 ; illégitimes, 139. Total, 530. — *Sexe féminin* : légitimes, 395 ; illégitimes, 145. Total, 540.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 nov. 1892 au samedi 3 déc. 1892, les décès ont été au nombre de 897 savoir : 465 hommes et 462 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 8, T. 16. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 4, F. 4, T. 8. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 4, F. 3, T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 15, F. 17, T. 32. — Affections cholériformes : M. 2, F. 4, T. 6. — Phtisie pulmonaire : M. 105, F. 60, T. 165. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 11, T. 28. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 36, T. 56. — Méningite simple : M. 19, F. 7, T. 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 35, F. 26, T. 61. — Paralysie, M. 2, F. 3, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 3, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 40, T. 65. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 14, T. 26. — Bronchite chronique, M. 15, F. 15, T. 30. — Broncho-Pneumonie : M. 19, F. 18, T. 37. — Pneumonie : M. 23, F. 14, T. 37. — Gastro-entérite, biberon : M. 24, F. 19, T. 43. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 5, T. 9. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 6, F. 9, T. 15. — Sénilité : M. 4, F. 17, T. 21. — Suicides : M. 9, F. 1, T. 10. — Autres morts violentes : M. 11, F. 6, T. 17. — Autres causes de mort : M. 71, F. 80, T. 151. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 89, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32, illégitimes, 18. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 27, illégitimes, 12. Total : 39.

Faculté des sciences de Dijon. — Un congé d'un an, à partir du 1er novembre 1892, est accordé sur sa demande à M. Le Dantec, chargé d'un cours de zoologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Dijon.

Faculté des sciences de Lille. — M. Prouho, docteur ès sciences naturelles, préparateur au laboratoire de Roscoff, annexé à la Faculté des sciences de Paris, est nommé, pour l'année scolaire 1892-93, maître de conférences à la Faculté des sciences de Lille, en remplacement de M. Boutan, appelé à d'autres fonctions.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Chiffot, licencié ès sciences physiques, chargé des fonctions de préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Lyon, est nommé préparateur de botanique à la dite Faculté. — M. Boutan, docteur ès sciences naturelles, maître de conférences de zoologie à la Faculté des sciences de Lille, est nommé, pour l'année scolaire 1892-93, maître de conférences de zoologie à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Pruvot, appelé à d'autres fonctions.

Faculté des sciences de Toulouse. — M. Mathias, docteur ès sciences, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Toulouse, est chargé d'un cours complémentaire de physique à la dite Faculté. — M. Bouasse, agrégé des sciences physiques, professeur au lycée de Toulon, est chargé, pour l'année 1892-93, des fonctions de maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Toulouse, en remplacement de M. Mathias, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Paris. — Un congé pour l'année scolaire 1892-93 est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Grancher, professeur de clinique des maladies des enfants, à la Faculté de médecine de Paris. M. Marfan, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé pour l'année scolaire 1892-93 d'un cours de clinique des maladies des enfants à la dite Faculté.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Colle (Pierre-Archange-Henri), docteur en médecine, est institué pour une période de 3 ans, à dater du 1er novembre 1892, chef de clinique chirurgicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Carlier, appelé à d'autres fonctions. — MM. Lambert (Oscar) et Yardin (Alfred-Paul-Ferdinand), bacheliers ès lettres et ès sciences restreint, sont nommés, pour une période de deux ans, à partir du 1er novembre 1892, aides d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de MM. Vanersecke et Gaudier, démissionnaires. — M. Bué (Vincent-Joseph-Martin), docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1892, chef de clinique obstétricale, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Trocou, décédé.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Collet (Frédéric-Marie-Justin), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé aide-préparateur de pathologie générale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Levrat, dont la délégation est expirée. — M. Maitre (Alexis-Eugène), bachelier ès sciences complet, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, préparateur de chimie minérale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Boyer, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Devay (Francis-Stanislas), docteur en médecine, est institué pour 2 ans, à partir du 16 novembre 1892, chef de clinique des maladies mentales, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Royet, dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse. — M. Molinié (Raymond-Joseph), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé, pour l'année scolaire 1892-93, aide d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse en remplacement de M. Durand appelé à d'autres fonctions. — M. Bize (Jean-Louis-Edmond), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé, pour l'année scolaire 1892-93, aide d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse en remplacement de M. Ambiolet appelé à d'autres fonctions.

Ecoles municipales d'infirmières et d'infirmiers. — Par arrêté de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, Madame Blanche Edwards Pilliet, docteur en médecine, a été nommée professeur du cours sur les soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés à l'École de Bicêtre, en remplacement de M. le Dr Lepage, nommé professeur du même cours à l'École d'infirmières de la Salpêtrière à la place de M. Maygrier, démissionnaire. — M. le Dr Maygrier reste chargé du cours de l'École de la Pitié.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. Villiers-Moriamé, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris (section des sciences physiques et chimiques, est maintenu en exercice jusqu'au 1er novembre 1894.

Ecole de médecine d'Angers. — Un concours s'ouvrira, le 5 juin 1893, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à la dite École. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — M. Massol, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Montpellier (section des sciences physiques et chimiques) est maintenu en exercice jusqu'au 1er novembre 1894.

Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes — M. Gourdet (Etienne-François-Marie-Julien) est nommé aide d'anatomie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Labbé, dont le temps d'exercice est expiré.

Ecole de médecine navale de Toulon. — Un concours pour l'emploi de professeur d'histoire naturelle à l'École annexe de médecine navale sera ouvert, le lundi 6 février prochain, à Toulon.

Limite d'age. — Sir Joseph Lister, ayant atteint sa limite d'âge (65 ans), s'est démis de ses fonctions de professeur de clinique chirurgicale au *King's College Hospital.*

Hôpitaux de Paris. — Voici le tableau des mutations de fin d'année parmi les chirurgiens des hôpitaux : M. Polaillon passe à l'Hôtel-Dieu ; M. Reclus, à la Pitié ; M. Richelot, à Saint-Louis ; M. Nélaton, à Broussais ; M. Prengrueber, à la maison Dubois ; M. Jalaguier, à Tenon ; M. Brun, à Ivry.

Académie des sciences. — La séance de l'Académie des sciences, lundi dernier, s'est terminée par l'élection d'un académicien libre, en remplacement de M. Lalanne, décédé. La liste de présentation était donnée ainsi que suit et portait en 1re ligne : M. le colonel Laussédat, directeur du Conservatoire des arts et métiers; 2e ligne *ex æquo*, MM. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, Carnot, professeur à l'École des mines, Lauth, ancien directeur de la manufacture de Sèvres, de Romilly, membre de la Société de physique, et Rouché, professeur de mathématique au Conservatoire des arts et métiers. Le nombre des votants s'élevait, au premier tour de scrutin, à 62; aux scrutins suivants, à 64. M. Brouardel, ayant obtenu la majorité des suffrages au 3e tour, a été proclamé élu académicien libre.

Académie de médecine. — *Donation Aubert.* — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter au nom de la dite Académie, aux clauses et conditions imposées par le donateur, la donation d'une somme de cinq cents francs qui lui a été faite par le docteur Jean-Baptiste-Aimé Aubert, dans le but de créer un prix pour le meilleur mémoire soumis à cet établissement, d'ici à cinq ans, sur cette question : *Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.* Si dans le délai indiqué personne n'a mérité le prix, l'Académie pourra remplacer cette question par celle-ci : *Rechercher les conditions qui peuvent rendre l'homme réfractaire à l'action du bacille de la tuberculose.*

Association syndicale des élèves en pharmacie. — L'Association syndicale des Elèves en pharmacie de France a tenu, la semaine dernière, son assemblée générale, salle Breton, rue Etienne-Marcel. Du rapport général qui a été lu il résulte que le syndicat va créer à Paris quatre nouvelles sections et transporter son siège social rue du Faubourg-Montmartre. Le secrétaire général a, en outre, annoncé que le nombre des adhérents allait permettre de commencer prochainement la campagne en vue d'obtenir la *fermeture des pharmacies à neuf heures.*

Association contre l'abus des boissons alcooliques. — Cette Association ou Société française de tempérance (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880) tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. le Dr E. Vidal, de l'Académie de médecine, président de la Société, le dimanche 11 décembre 1892, à 2 h. de relevée, à l'hôtel de la Société nationale d'horticulture, rue de Grenelle, 84, à Paris. *Ordre du jour :* 1° Allocution de M. le Dr E. Vidal, président de la Société; 2° Rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre et sur le concours pour le prix offert par M. le Président de la République, par M. le Dr A. Motet, secrétaire général; 3° Rapport sur les récompenses à décerner en 1892, par M. le Dr Philbert, secrétaire général adjoint.

Association médicale britannique. — Cette association vient, à la presque unanimité des voix, de se prononcer en faveur de l'admission des femmes dans l'*Association.*

Choléra. — *Belgique.* — Du 20 au 26 novembre, il y a eu 4 décès par le choléra à Bruxelles; 4 dans l'agglomération bruxelloise; 13 à Bruges; 1 à Gilly; 1 à Quaregnon; 8 à Bomm; 1 à Jemmapes; 6 à Termonde. Le choléra sévit toujours à Bruxelles, et actuellement il y a des cholériques en traitement à l'hôpital Saint-Jean. La situation sanitaire est toujours très mauvaise dans le Borinage. A Guesmes, il y a eu deux décès et à Jemmapes un. On a constaté cette semaine 4 cas de choléra à Bruges.

France. — Il y a encore à Paris quelques cas cholériques, comme cela arrive à la fin des épidémies de choléra. Un cas le 29 et le 30 novembre, un le 1er décembre (Lariboisière); un le 2, trois le 3, un le 4, un le 5 (Bastion n° 36), deux cas provenant de la banlieue, un autre de Paris; notre ami M. le Dr Dupuy nous signale 2 décès à Saint-Denis. — Le service sanitaire est supprimé sur les frontières de l'Est et du Nord. L'épidémie continue à sévir au Courgain, au Portel et à Etaples. — Le Conseil municipal de Paris a alloué 200,000 francs pour dépenses relatives à l'épidémie cholérique en 1892. — Deux cent cinquante officiers-mariniers et marins ont été évacués de Lorient, où sévit une épidémie de choléra, et soumis à une quarantaine de six jours au lazaret situé à l'île Tréberon, en rade de Brest. Dès son arrivée dans l'arsenal de Brest, le détachement a été embarqué sur un remorqueur de la direction des mouvements du port. Un médecin de 1re classe de la marine, des infirmiers et des sœurs de l'hôpital maritime ont été envoyés au lazaret. — A Irun, depuis le 6 décembre, les formalités sanitaires sont supprimées à la frontière française. — On signale une nouvelle recrudescence de l'épidémie cholérique dans le Pas-de-Calais. On a constaté deux nouveaux décès à Equihen, un à Ardres et un au Courgain. En outre, à Balinghem, trois personnes de la même famille sont mortes. On craint que les autres habitants de la maison, également atteints de l'épidémie ne succombent aussi.

Russie. — La cour martiale de Saratov a jugé les hommes inculpés d'avoir participé aux troubles qui se sont produits pendant l'épidémie cholérique. Vingt-trois prévenus ont été condamnés à être pendus, trente-huit ont été condamnés aux travaux forcés et dix-huit à la prison; soixante-quinze accusés ont été acquittés.

Conférence sur l'organisation de la Ligue contre la tuberculose. — Cette conférence que nous avons annoncée dans notre dernier numéro a eu lieu dans la salle de la Société nationale d'horticulture. M. Armaingaud a très clairement expliqué le but et le fonctionnement de la Ligue qu'il organise en France avec le concours de nombreux collaborateurs et de M. Verneuil lui-même. La Ligue ne se confond point avec l'*Œuvre de la tuberculose*, qui est exclusivement une œuvre de science; elle a pour objectif unique et exclusif la vulgarisation de la prophylaxie de la tuberculose et pour but de faire passer ses prescriptions dans la pratique. Le Congrès de la tuberculose a rédigé des instructions populaires excellentes, mais la publicité qui leur est donnée est trop restreinte pour qu'elles puissent atteindre leur véritable destination qui est d'être conservées dans les familles pour y être lues, relues et consultées en temps opportun. S'il prend aujourd'hui l'initiative de cette propagande, c'est qu'il a déjà mené à bonne fin par les mêmes moyens sa propagande pour la fondation d'hôpitaux marins qui est une lutte organisée contre la scrofule et toutes les misères physiologiques. C'est par la distribution d'innombrables exemplaires de ses instructions populaires d'hygiène et par de nombreuses conférences dans plusieurs villes de France qu'il a réalisé cette première Ligue. C'est par les mêmes moyens qu'il est tout naturellement conduit à organiser la seconde. Les instructions du Congrès sont imprimées dans ses petits *tracts* et arrivent à leur destination par les nombreuses conférences où elles sont commentées dans un grand nombre de villes par les collaborateurs médicaux de l'œuvre. M. Grandmougin a dit lui-même, après cette conférence très écoutée, une belle poésie improvisée pour la circonstance sur *les petits enfants d'Arcachon* guéris par la mer.

Collège de France. — M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collège de France, est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1892-93 par M. François-Franck. — M. Brown-Séquard, professeur de médecine au Collège de France, est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1892-93 par M. d'Arsonval. — M. Balbiani, professeur d'embryogénie comparée au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1892-93 par M. Henneguy.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le jeudi 22 décembre 1892. La durée de cette session sera de 8 jours.

Chloroformisation et Enseignement. — Un de nos amis, qui arrive de Berlin et de Vienne, nous raconte que les assistants, donnant des leçons de clinique, n'hésitent pas à anesthésier des malades qui n'en ont nul besoin, cela durant deux à trois heures, simplement pour habituer leurs élèves à examiner ces malades sous le chloroforme Il nous semble que si une telle pratique était utilisée dans notre pays, l'interne qui y aurait recours courrait quelques risques de révocation! Autres pays, autres mœurs.

Congrès médical international de Rome. — *Sous-Comité américain.* — Le 11e congrès médical international se réunira à Rome, du 24 septembre au 1er octobre 1893. Dans une lettre en date du 22 août dernier, le professeur Baccelli, président, et le professeur Maragliano, secrétaire général, confient à M. le Dr A. Jacobi, de New-York, le soin de former le sous-comité pour l'Amérique. On mentionne comme futurs membres de ce comité, MM. les Drs Wm. Osler, de Baltimore, S. C. Burey, de Washington, N. S. Davis, de Chicago, Chs. A. L. Reed, de Cincinnati, Wm. Pepper, de Philadelphie, F. A. Porcher, de Charleston, James Stewart, de Montréal, et Alex. J. C. Skene, de Brooklyn.

Hôpital de Limoges. — Sont nommés *médecin titulaire*, M. le Dr Boullaud; *médecin suppléant*, M. le Dr Devaux; *internes titulaires*, MM. Vidal et Roque de Fursac; *internes suppléants*, MM. Terrade et Radaud.

Laicisation de l'hôtital du Donjon (Allier). — L'hôpital du Donjon vient d'être laïcisé, grâce à l'intervention active de M. le Dr Gacon, maire de la commune et député de l'Allier.

L'Influenza a Berlin. — On annonce que l'influenza vient d'éclater de nouveau à Berlin sous une forme très grave.

L'anniversaire de M. Pasteur. — On sait que la section de médecine et de chirurgie de l'Institut, à laquelle a été adjoint M. Duclaux, de l'Académie des sciences, sous-directeur de l'Institut Pasteur, a pris l'initiative d'une souscription en vue du prochain jubilé de M. Pasteur et s'est, dans ce but, constituée en commission avec M. le Pr Grancher comme secrétaire. Cette commission a décidé que les amis et admirateurs du savant français se réuniraient, le mardi 27 décembre, à dix heures et demie du matin, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, pour offrir solennellement à M. Pasteur, en présence des corps savants français et des nombreuses délégations de l'étranger qui ont annoncé leur arrivée, un souvenir à l'occasion du soixante-dixième anniversaire de sa naissance. Ce souvenir consiste en une grande médaille en or, œuvre de M. Roty, membre de l'Académie des beaux-arts pour la section de gravure. Cette dernière porte d'un côté l'effigie de M. Pasteur et, au revers, l'inscription suivante: « A Pasteur, le jour de ses soixante-dix ans, la science et l'humanité reconnaissantes. 27 décembre 1892. » Une liste générale des souscripteurs devant être remise à M. Pasteur à la même occasion, la commission a exprimé le désir, au cours de la même séance, que les adhésions à la souscription soient adressées au comité jusqu'à la date du 23 décembre prochain.

Maison nationale de Charenton. — *Concours de l'internat.* — 6 candidats inscrits; 4 ont subi les épreuves. — *Question écrite*: Nerfs du cœur (anat. et physiol.); les autres questions étaient: Dure-mère crânienne; nerf sciatique. — *Question orale*: Sympt. et diagnostic de la pleurésie avec épanchement; fracture du col du fémur; les autres questions étaient: Sympt. et diagn. de la scarlatine; ulcère variqueux; de l'indigestion; fracture de côte. Le maximum était de 30 pour la question écrite, de 20 pour l'orale. Ont obtenu: M. Bourdin, 41 points; M. Darin, 42; M. Coulon, 36; M. Couillaud, 38.

Médecins des lycées. — *Lycée de Périgueux.* — M. le Dr Jaubert est nommé médecin adjoint au lycée de Périgueux, en remplacement de M. le Dr Lacombe, décédé.

Ministère de l'Instruction publique. — M. Charles Dupuy, député, est nommé Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en remplacement de M. Léon Bourgeois, dont la démission avait été acceptée par le Président de la République, la semaine dernière.

Autopsieront... ! — Un ministre de la Justice a dit à propos d'un scandale récent, qu'il n'avait pas le droit de faire faire l'autopsie d'une personne, décédée pourtant *dans des circonstances qui donnaient lieu de soupçonner une mort violente.* Il a simplement oublié l'article 81 du *Code civil*, ainsi conçu, et que nous croyons devoir mettre sous les yeux des médecins:

Code civil: Art. 81. — Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente ou d'autres circonstances qui donneront lieu de la soupçonner, on ne pourra faire d'inhumation qu'après qu'un officier de police...

et l'article 44 du *Code d'Instruction criminelle,* ainsi libellé:

C. I. cr.: Art. 44. — S'il s'agit de mort violente ou d'une mort dont la cause soit inconnue ou *suspecte*, le Procureur de la République se fera assister d'un ou deux officiers de santé qui feront leur rapport sur les causes de la mort.

Et bien d'autres articles encore...

ASILES DE LA SEINE. — *Concours d'internat.* — Voici la liste du jury du concours d'internat en médecine dans les asiles de la Seine : MM. les Drs Magnan, Bouchereau, Dubuisson, Vallon, médecins des asiles ; M. Charpentier, médecin de Bicêtre ; M. Faisans, médecin des hôpitaux : M. Michaux, chirurgien des hôpitaux. Il y a 40 candidats inscrits.

MÉDECINS DES LYCÉES. — Notre ami, M. le Dr Angelo Bolognesi, est nommé médecin-adjoint au lycée du Mans (emploi nouveau).

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE MENTON. — La Société des Médecins de Menton s'est réunie le 23 novembre 1892. Elle a discuté entre autres la question relative aux bruits repandus sur l'existence du choléra à Menton. Elle donne l'assurance qu'il y a eu pendant l'été et qu'il n'y a actuellement aucun cas de diarrhée cholériforme ni de choléra et proteste énergiquement contre ces allégations.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous venons de recevoir le premier nº de *The Sheffield medical journal*, dont M. le Dr Siméon SNELL est le rédacteur en chef.

POLICLINIQUE DE PARIS (28, rue Mazarine). — Un service de médecine générale est déclaré vacant à la Policlinique. Un concours sur titres est ouvert parmi les docteurs en médecine de Paris. Ceux d'entre eux qui désireraient occuper ce poste sont priés d'adresser leur lettre de candidature, en même temps que leurs titres et travaux scientifiques, à M. le Président de la Policlinique de Paris, 28, rue Mazarine.

RÉCOMPENSES. — Par arrêté ministériel en date du 24 novembre 1892, une médaille d'honneur en bronze a été décernée à Madame Louise Menu, en religion sœur Marie Hippolyte, religieuse hospitalière à Roybon (Isère), en récompense du zèle et du dévouement dont elle a fait preuve au cours de diverses épidémies, notamment d'epidémies de diphtérie qui ont sévi en 1890, 1891 et 1892 dans cette commune.

UNIVERSITÉ DE PADOUE. — *Fête en l'honneur de Galilée.* — Cette semaine ont commencé, à Padoue, des fêtes commémoratives en l'honneur de Galilée. C'est, en effet, le 7 décembre 1592 que Galilée inaugura ses cours à l'Université de Padoue. Les Universités d'Oxford, de Brunswick, de Carslruhe, de Berlin, de Hanovre, de Genève, de Lausanne, de Dorpat, de Nancy, etc. sont représentées à ces fêtes.

STATUE MARION SIMS. — La statue en bronze du célèbre gynécologue J. Marion Sims vient d'arriver à New-York ; elle mesure 9 pieds de haut et va être incessamment soumise à l'approbation du comité des Statues du Parc central. Le sculpteur Ferdinand V. Miller, de Munich, a réussi, non seulement à donner au bronze une ressemblance frappante avec le célèbre gynécologue américain, mais lui a donné une pose artistique très gracieuse. Le piédestal en granit aura 8 pieds de haut. Le monument sera probablement édifié et inauguré avant la fin de cette année (*Un. médic. Canada.*)

VARIOLE A NEW-YORK. — Le rapport officiel du Bureau sanitaire de New-York constate que, durant la semaine terminée le 29 octobre, 19 cas de variole ont été signalés, dont deux fatals. Pour la semaine terminée le 5 novembre, il y a eu 5 cas rapportés et 6 décès.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MATHIS, ancien maire de Dompaire, décédé à Begnécourt (Vosges), dans sa 80e année. — M. le Dr FARCY (de Vinalmont). — M. le Dr GAVARD (de Bellesvre) ; M. le Dr FAYT (de Theminettes). — M. le Dr FILIPINI (de St Denis-du-Sig, Algérie) — M. le Dr Auguste CAUSORD (de Bourbonne-les-Bains). — M. Werner SIEMENS, le célèbre électricien est mort mardi soir, à Berlin, d'une pneumonie. Il était né, en 1816, à Lenthe, près de Hanovre. Dans le domaine de la science pure, il a formulé une théorie nouvelle des phénomènes volcaniques et appliqué le principe de la conservation de l'énergie aux phénomènes terrestres et météorologiques. Et, pour aider à de nouvelles découvertes, M. Werner Siemens a offert à l'Allemagne un don de 500.000 marcs pour la fondation d'un *Institut de technique physique*, établissement public, où la science serait cultivée pour elle-même sans souci d'intérêts personnels. M. Werner Siemens était membre de l'Académie des sciences de Berlin depuis 1874. L'empereur Frédéric III l'avait anobli. — On annonce de Dakar, le 7 décembre, une triste nouvelle, la mort du Dr CROZAT. M. le Dr Crozat est décédé de maladie à Tengrela, un des principaux villages des États de Tiéba. C'est Tiéba lui-même qui a annoncé la mort de l'explorateur dans une lettre adressée au colonel Archinard, le commandant supérieur du Soudan français. Le docteur Crozat avait fait partie de la mission de délimitation du capitaine Binger. Au départ du Kong, alors que ses compagnons revenait directement à la côte, il s'était dirigé au sud-ouest, vers Sakhala et Seguela, pour essayer de retrouver les papiers du capitaine Ménard. Après avoir accompli cette mission, il devait remonter au nord, par Tengrela, pour rejoindre Tiéba à Sikasso. M. le Dr Crozat avait été pendant deux ans l'hôte de Tiéba, lors de la mission du commandant Quiquandon auprès du « fama » de Sikasso. Il avait, au cours de ce séjour (1889-1891), refait le voyage de Binger de Sikasso au Mossi et renoué avec les Nabas de Ouagadougou les relations amicales commencées par Binger. Crozat était un de nos explorateurs soudanais les plus dévoués et les plus capables. — A Montréal (Canada). M. le Dr Georges ROSS, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de l'Université McGill. — M. le Dr H. ERMATINGER (Canada). — A Wilmington, Caroline du Nord (E.-U.), M. le Dr THOS, F. WOOD, rédacteur en chef du *North Carolina Medical Journal.* — M. le Dr Alfred CORRADI (de Pavie), professeur de thérapeutique, membre correspondant de la *Société de Chirurgie.*

AVIS A NOS ABONNES. — *L'échéance du 1er JANVIER étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 51. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 17 DÉCEMBRE 1892.

Le Progrès Médical

DERMATOLOGIE

De l'existence de la lèpre atténuée chez les cagots des Pyrénées (*fin*) (1);

par M. V. LAJARD (d'Avignon) et le Dr Félix REGNAULT, ancien major civil de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

§ II.

Alopécie.

La calvitie est moins fréquente que l'hypertrophie des ongles et ne va pas sans elle, on ne l'observe que chez les sujets atteints le plus fortement. Il est facile de le voir sur nos tableaux généalogiques. Comme elle est très apparente, elle désigne à l'attention ceux qui en sont frappés. Ils portent perruque; les femmes à Salies dissimulent leur défaut sous le mouchoir béarnais, les hommes portent une calotte noire (ouvriers tanneurs). Les cheveux semblent d'ordinaire ne disparaître qu'après la naissance. Plusieurs personnes et particulièrement le Dr Salle, médecin à Bordeaux, nous ont assuré que chez quelques nouveau-nés cagots les cheveux ressemblaient comme aspect aux poils du corps. Nous ne pouvons qu'être réservés à cet endroit... Mais il est certain que l'alopécie ne se montre qu'après la naissance. Nous en avons plusieurs exemples : Lucie L... est alopécique et son frère l'est beaucoup également. D'après les renseignements que je tiens de leur mère, et contrairement à l'idée répandue chez les médecins du pays, la chute de ces cheveux aurait commencé au bout d'un mois; elle aurait été rapide.

La couleur des cheveux qui restent chez les alopéciques est particulière. Elle a un aspect blond filasse. Nous avons remarqué le fait suivant dans la famille B... Le père qui est sain et la mère cagote sont bruns. La fille cadette, saine, est brune et a un teint fraîchement coloré. Les deux autres enfants sont alopéciques, leurs cils sont très rares, leurs sourcils manquent complètement, leur teint est blafard et les cheveux qui restent sont d'un blond très clair. Cette couleur blonde peut tromper les savants qui s'occupent exclusivement d'anthropologie et leur faire croire qu'il s'agit d'une race blonde, ce qui ne semble pas être si on considère les yeux de la fillette qui sont bruns.

Examinés à la loupe ou plutôt au microscope à un faible grossissement, ces cheveux se présentent avec un faible diamètre; ils ne se distinguent guère sous ce rapport des poils du corps. Ils ne sont couverts d'aucune striation particulière, leur surface n'est pas raboteuse. Ils sont courts, très fins; la peau se voit partout à travers. Ils continuent à s'éclaircir de plus en plus avec l'âge et ils ne repoussent pas. Cette évolution lente et toujours croissante des symptômes montre qu'il s'agit d'une maladie et non pas d'un état de dégénérescence du système nerveux dont auraient hérité les descendants des lépreux, comme M. Vidal en examinait l'hypothèse pour les symptômes de la maladie de Morvan observés en Bretagne.

§ III.

Altérations dentaires, teint blafard, odeur.

Dans une famille B... (n° 1), nous avons trouvé des cas de dentition incomplète associés aux altérations épidermiques précédemment décrites. Cette particularité est héréditaire. Le tonnelier B..., où s'est trouvé ce caractère réuni à celui de l'hypertrophie unguéale, est mort; mais le fait nous a été certifié par sa veuve.

Ces faits s'expliquent par l'alliance de ces cagots avec une autre famille. Dans cette dernière, très étendue par des branches collatérales, ces troubles de la dentition sont fréquents. Ils consistent généralement dans l'absence de quatre incisives et de quatre molaires. La chose est connue dans le peuple. A Salies, où les molaires ne comptent pas comme dents, comme dans la langue espagnole, on dit que ce sont « des gens à 4 dents » au lieu de 6 qu'auraient les sujets normaux à la mâchoire supérieure en comptant incisives et canines.

Nous n'avons vu que des mâchoires où la perte d'un certain nombre de dents avait déjà produit des vides. Celles qui restent sont petites, assez écartées. Chez la plupart des sujets il manque congénitalement 8 dents, 4 incisives et 4 molaires. Il se serait trouvé également dans cette dernière famille un sujet à ongles de carcoïl. Cela pourrait provenir, par un phénomène inverse, d'une alliance avec une famille cagote. Il y a donc lieu de séparer la dentition incomplète des autres caractères que nous avons étudiés. Il est nécessaire de faire la part de ce qui constitue les symptômes véritables des cagots et de la tare amenée par un croisement accidentel.

Il est un dernier caractère qui, pour être plus fugace et plus sujet aux erreurs provenant du facteur personnel, n'en est pas moins appréciable : c'est le teint blafard. Chez plusieurs cagots, et nous les avons désignés dans nos généalogies, on trouve une coloration terne et blafarde de la peau. Le rose des chairs a disparu et à la place on perçoit des reflets jaunes, plus intenses, à l'extrémité des doigts. La plupart des cagots à ongles hypertrophiés sont blafards. Chez quelques-uns, le caractère est très prononcé. Qui ne reconnaîtrait dans André B... et surtout dans sa sœur Lucie, ces faces pâles, ce teint laiteux qui est noté dans les anciens documents. Au XIVe siècle, Guy de Chauliac le peint ainsi : « une certaine couleur vilaine qui saute aux yeux, la morphée ou teinte blafarde de la peau ! »

La mauvaise odeur était reprochée aux cagots au Moyen-Age. Nous l'avons trouvée chez le Coumtot; ses ongles avaient une légère odeur de kakerlac.

§ IV.

Les altérations sont limitées à Salies.

Les troubles trophiques que nous avons signalés chez les cagots de Salies et des villages voisins sont limités à une aire assez restreinte autour de Salies. A part l'observation relative aux ongles des pieds d'une femme de Lescun et à ceux du pouce chez une autre de la même localité, tout est concentré autour de Salies-de-Béarn, dans un périmètre relativement restreint. A Baigt demeure une famille dont le père, bâtonnier, a donné une lignée d'enfants. Plusieurs sont porteurs d'altérations des ongles; leur origine est Salisienne. A Andrein, nous avons vu des enfants indemnes issus de personnes atteintes. Ce sont des bâtards, s'il faut en croire quelques-uns, des prolifiques B... A Castagnède, village situé tout près de Salies, l'origine est locale. Castagnède était du reste un pays de cagots, et la famille B...-B... habitant Salies en est sortie. Un peu plus loin, à Charre, une femme C..., atteinte, est native de Salies, comme la précédente.

Il y aurait cependant à Bordeaux et en Algérie des descendants de cagots de Salies, chez lesquels l'hypertrophie unguéale aurait persisté. On nous a cité enfin le cas d'un cabaretier cagot, habitant le Gers, chez lequel existeraient des altérations analogues.

En résumé, si nous cherchons les lieux de naissance ou

(1) Voir nos 46, 49 et 50.

d'origine des cagots porteurs de ces lésions, nous voyons qu'il reste seulement Audrein, Castagnède et Salies. Ce sont deux villages et une ville, groupés sur une bande étroite de terrain, débordant très peu sur la concession des sources salées qui sont depuis des siècles en exploitation. Un banc de sel gemme intercalé dans les couches triasiques du sous-sol s'étend sous ce territoire.

On pourrait nous objecter que ces Salisiens chauves et à ongles de carcoil ne sont pas des cagots. Les léproseries, les chrestiaas de la ville ont, il est vrai, disparu; donc plus de quartier séparé. En outre, des mariages nombreux ont en partie mêlé ces déshérités au reste de la population. Mais les chrestiaas ont existé et leur place se retrouve. D'après M. Courtiade, « la chrestiaa de Saint-Martin était placée à gauche du chemin qui conduit en Navarre ou dans la vigne au-dessus de la fontaine. Celle de Saint-Vincent était au quartier de Prusse, près de la route de Carresse. » Comme toujours elles longeaient un chemin. Donc il y a eu des cagots à Salies et ils y ont laissé des descendants. Il suffit d'interroger les gens du peuple. Demandez ce que sont les cagots; ils vous les désignent sans que leur opinion soit raisonnée. Ils tiennent ces gens pour cagots, parce qu'ils l'ont appris de leurs parents, et d'après la chanson :

« Cagot tu es,
« Cagot tu seras,
« Toute ta race
« Toujours suivras. »

Ces réponses ne sont pas, il est vrai, unanimes; quelques-uns parlent du lobule de l'oreille. Mais beaucoup d'autres désignent comme familles de cagots celles où on trouve des ongles de « carcoil. » Et ceux qui vous donnent ce renseignement sont les personnes du commun, les petites gens, ayant hérité des traditions anciennes avec les croyances arriérées à la magie et aux sorciers, très répandues dans le pays.

Une autre preuve se trouve dans la profession. Ils ont à peu près tous les métiers des cagots, tels qu'ils sont décrits dans les nombreux mémoires historiques. Les sujets que nous avons observés sont tanneurs, tourneurs, menuisiers, vanniers. Autrefois le choix n'en était pas libre. Aujourd'hui, les cagots suivent par habitude la profession de leur père, et on y reconnaît l'origine cagote. Ce n'est que par exception qu'on trouve un métier différent, comme celui de plâtrier et de boulanger.

Les noms de famille nous offrent une double preuve de plus. Les noms des cagots étaient en général les noms de lieux. Ainsi arrive-t-il d'ordinaire pour tous les parias, bohémiens, juifs, etc... M. l'abbé D. Foix a recueilli à Laurède, dans les Landes, dans les archives locales, et a bien voulu nous donner une liste de ces noms; nous en avons identifié plusieurs avec ceux des cagots de Salies et des environs. On voudra bien nous excuser de ne pas les donner ici. Il s'en trouve quelques-uns dans la communication qu'il a faite à un Congrès des Sociétés d'Archéologie à Pau. Les uns sont intacts, les autres un peu modifiés.

Mais pourquoi ces lésions persistent-elles uniquement à Salies tandis que partout ailleurs les lépreux sont devenus sains? Quand on a découvert une partie de la vérité, il faut souvent s'en contenter et ne pas chercher à aller trop vite au delà; sinon on s'expose à des erreurs.

Il convient cependant de rappeler une intéressante communication de M. Azoulay au Congrès de Pau.

Cet auteur a remarqué que les lépreux qu'il a observés à Paris avaient un goût prononcé pour le sel. L'un d'eux tenait à portée de la main un pot où il puisait à poignées. Cette circonstance est à rapprocher de la distribution géographique de la lèpre, frappant ordinairement les zones maritimes.

M. Azoulay voit dans le sel une cause prédisposante de la maladie. Au Moyen-Age, où la lèpre était répandue, l'alimentation salée était très employée; il en est probablement ainsi aujourd'hui en Norvège, pays de pêcheries, dans les foyers actuels de la lèpre qui coïncideraient avec ce régime. Le Dr Thermes appuie cette théorie du fait suivant : On consomme beaucoup de poisson salé à la Guadeloupe, et la race nègre qui en use davantage est sujette à la lèpre tuberculeuse, tandis que les blancs, qui en mangent moins, sont atteints de lèpre anesthésique. L'un de nous a constaté aux îles Canaries et surtout à Ténériffe, où il a trouvé la lèpre mutilante très répandue, que cette alimentation est générale dans la classe pauvre. Le poisson salé (genre Pagre) y est débarqué en quantités énormes, venant des bancs de la côte d'Afrique. M. Zambaco attribue également la cause de la lèpre à la misère et à l'abus des salaisons et de la mauvaise huile.

Quelques exemples qu'il rapporte de ses voyages chez les lépreux sont typiques.

En Crète, la lèpre est rare; elle règne surtout dans le village de Timbak (département de Messano), localité où on abuse de la morue salée norvégienne souvent altérée et du porc salé. A Chio, le village de Volissos fournit la presque totalité des lépreux. Ils sont très misérables et très sales. Ils vont ramasser en ville les denrées altérées dont personne ne veut, poissons salés et corrompus, et ils consomment toute l'année du caviar rouge. Les sujets atteints sont enfermés dans une léproserie où ils peuvent faire la cuisine comme ils l'entendent. « Aussi se nourrissent-ils de leurs aliments de prédilection et qui ont déjà contribué à les rendre lépreux, à savoir, poissons salés préparés à l'huile d'olive et caviar rouge. »

Les mêmes faits se vérifient ailleurs. D'après des renseignements que nous tenons de M. Azoulay, il existerait de nombreux cas de lèpre en Roumanie, dans des pays éloignés de la mer, mais où existent d'importantes mines de sel gemme. Il ne faut pas oublier que la Palestine, où la lèpre a sévi avec intensité autrefois et qui serait même un centre important de dispersion de cette maladie, possède de nombreux lacs salés. L'eau de la Mer Morte contient le sel en solution concentrée.

Si le sel favorise la lèpre et met les personnes saines en état de réceptivité, nous trouverions à Salies un exemple confirmant cette théorie et une explication de la persistance de cette forme de lèpre atténuée.

Salies doit son origine à une veine d'eau salée qui sourd au milieu de la ville. Les maisons se sont bâties tout autour en groupes serrés. Les habitants, depuis des siècles, n'ont pas d'autre industrie que l'exploitation de cette eau, qui a un degré très élevé de concentration. Depuis un temps immémorial ces familles vivent dans le sel. L'influence a été prolongée pendant 900 ans, favorisée par une législation spéciale. Depuis l'an 1010 jusqu'en 1840, la fabrication était réservée aux natifs d'ancienne origine. Elle se faisait dans toutes les maisons et à chacun appartenait ce qu'il pouvait puiser. La manière de remplir les cruches, qui laissait ruisseler des gouttes recueillies à terre par les pauvres, avec des chiffons imbibés, l'allure rapide des porteurs, les entonnoirs de pierre pour introduire l'eau dans les maisons, et qu'on voit encore, le sel séché dans les cuisines, les puits clandestins, les bains magiques employés pour guérir toutes les maladies, tout entretenait le Salisien dans une atmosphère de sel. La Constitution de Jeanne d'Albret, en 1587, sanctionnant le droit des femmes, ajouta à ces nombreux facteurs celui de l'endogamie. Le sang étranger, depuis cette date, ne s'est plus mêlé que par exception à celui des habitants (endogamie topographique).

La deuxième source salée se trouve près de Castagnède, à Oraas. On s'est livré, là aussi, à la préparation du sel depuis très longtemps.

Toutes ces localités sont du reste avec Salies comprises dans un périmètre bien restreint. La couche de sel gemme se trouve à peu près partout dans le sous-sol, se dissolvant lentement dans les sources.

L'importance de l'abus du sel comme facteur étiologique de la lèpre ne peut être du reste affirmée avant une enquête sérieuse. Mais nous avons voulu ici, à propos de Salies, réunir les faits favorables à cette opinion.

§ V.

Douleur. Mal blanc. Maladie de Morvan.

Nous nous sommes efforcés dans le chapitre précédent de décrire exactement les lésions des ongles, l'alopécie et le teint blafard des cagots de Salies.

Ces lésions, bien qu'héréditaires, sont pathologiques, puisqu'elles apparaissent après la naissance et évoluent lentement.

Le teint blafard était autrefois marqué comme caractéristique des ladres blancs (1).

Mais la meilleure preuve en faveur d'une maladie est la présence de maux blancs (c'est ainsi que les nomment les habitants du pays) qui se développent fréquemment sous l'ongle. Ils n'ont pas l'allure des panaris chauds, sont indolores, de longue durée et reviennent fréquemment. Ces panaris apparaissent sans cause connue. Ils apportent une grande gêne dans le travail.

Nous avons l'histoire d'une cuisinière d'Avignon dont l'origine nous est restée inconnue, qui ne peut continuer son service à cause de cette horrible maladie. A certains moments, sans cause apparente, des tournioles apparaissaient sous l'ongle, amenant une légère suppuration, de la douleur et une odeur fétide.

De pareils faits sont fréquents chez les cagots. Bien qu'ils n'aillent pas généralement jusqu'à détruire l'ongle, tout au moins amènent-ils la sensibilité douloureuse au froid qu'éprouvent aux doigts la plupart des cagots.

Les ongles altérés causent une grande gêne pour le travail. Un de nos sujets a été forcé de renoncer à un emploi assez lucratif à cause de l'aspect de ses mains. Une religieuse D... a dû sortir du couvent, ne pouvant toucher à l'eau l'hiver, à cause de la douleur causée par le froid au niveau de la pulpe sous-unguéale ; les menus travaux du ménage lui étaient pénibles également.

L'enfant d'un plâtrier n'a pu suivre la profession de son père. Une cagote m'a fait remarquer que l'hiver elle était obligée de se laver à l'eau chaude pour éviter des douleurs assez fortes. Marie B... de Castagnède et Marie C... sont dans le même cas. Une autre, plus avisée, préfère l'eau froide, la douleur est plus vive, mais ne dure pas. Ces remarques montrent la nature de ces altérations unguéales. Elles fourniraient un argument de plus en faveur d'une origine pathologique de l'altération des ongles, si celle-ci n'était pas évidente de toutes façons.

Nous nous trouvons donc en présence d'une inflammation chronique de la matrice de l'ongle qui en amène l'hypertrophie. L'extrémité du doigt est souvent grosse, légèrement boudinée et de teinte jaune quelquefois vineuse. Enfin, elle détermine des panaris à évolution lente, peu douloureux, mais souvent répétés.

Mais la forme peut parfois être plus grave et alors nous saisissons le passage entre le panaris mutilant de la maladie de Morvan et la tourniole bénigne des cagots. Tel est le cas de ce sujet, David M..., de Baigt, dont l'observation est rapportée plus loin. Il présente au médius la trace d'un panaris ancien guéri. L'ongle, attiré par la cicatrice, recouvre l'extrémité du doigt.

Avec la malade suivante nous avons le panaris mutilant et nous touchons à la maladie de Morvan.

Louise Sal..., à Salies, mariée à un homme sain. Cette malade a subi une mutilation partielle des doigts. Un panaris indolore qui a duré six mois a détruit la phalangette de l'index.

La cicatrice recouvre la tête de la phalangine. Il reste seulement au milieu un court prolongement du derme portant une production cornée de la grosseur d'un grain de blé et qui est le dernier vestige de l'ongle (2).

(1) Et cependant on ne l'a pas signalé à la récente discussion à l'Académie de Médecine.

(2) Il en est de même chez les lépreux. Leloir, rappelant la remarque de Poncet dit que l'ongle présente souvent une persistance remarquable et un appendice corné peut occuper le sommet des métacarpiens après la perte de toutes les phalanges.

Le médius porte la trace d'une lésion analogue qui s'est déclarée après la guérison de l'index et qui a duré un mois aussi. L'ongle est arrondi en cuiller et recourbé en avant. Les doigts ne sont pas arqués. (Voir *Fig.* 33).



Fig. 33. — Louise X... — Maladie de Morvan.

Montant un degré de plus, nous trouvons la maladie de Morvan classique, que M. Zambaco vient récemment d'assimiler à la lèpre.

Les exemples doivent en être abondants dans les Basses-Pyrénées. On nous a parlé de manchots qui se réunissent dans les foires pour mendier. Aux descriptions qui nous en ont été faites, nous avons pensé à des malades de Morvan. Ils sont nombreux à la fête de Murgros. Malheureusement le temps nous a manqué pour les voir.

Mais nous avons une observation de maladie de Morvan type, dont le diagnostic a été vérifié par M. le Dr Reclus et que nous reproduisons ici.

Catherine la manchote, 53 ans, habite une maison située près d'Oraas et de Salies, entre Sauveterre et Andrein. Par une sorte de crainte superstitieuse, elle a refusé obstinément d'être photographiée. Cette fille est native de Montfort et a dû quitter ce village, se trouvant dans l'impossibilité de gagner sa vie. Son bras droit ne lui est d'aucun secours. Elle le porte d'ordinaire appuyé sur le thorax, l'avant-bras fléchi à demi, et la main sur l'abdomen. L'extension de l'avant-bras et du bras est très limitée. Les doigts restent immobiles et on ne peut leur communiquer que des mouvements très minimes. Ils sont rapprochés et recourbés en dedans de la main ; il y a atrophie des interosseux. L'affection a débuté au pouce par un panaris indolore et à marche lente, qui a altéré la phalangette et courbé l'ongle en demi-cercle.

Une cicatrice se montre à l'extrémité du pouce, sous l'ongle. La phalangette a subi une perte de substance. L'ongle est épais, crochu et couvert de stries légères concentriques, courbes, suivant le mouvement de la lunule. Au niveau des plis cutanés de flexion de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce se montre la cicatrice rouge d'un ulcère. Les membres supérieurs et inférieurs droits ont subi une légère atrophie.

Une large plaque anesthésique couvre toute la face dorsale de la main et de l'avant-bras. La sensibilité à la douleur à cet endroit est abolie, celle au contact est conservée. On peut pincer la peau fortement sans que la manchote puisse appeler cette impression du nom de douleur.

*

Il existe au cou une autre cicatrice, celle d'une plaie correspondant à peu près à la partie moyenne du bord supérieur du sterno-cléido-mastoïdien. D'après les questions posées à la malade, qui répond difficilement, cet ulcère aurait longtemps suppuré. Cette fille, dont l'intelligence est faible, se croit guérie depuis 8 ou 10 ans.

Il existe des lépreux dans les Landes. Il y a 25 ans, deux familles ont été vues par le Dr Alcocq dans le Marensin. Le temps nous a fait défaut pour ces recherches. L'un de nous s'est rendu à Saint-Jean-de-Lier pour tâcher de retrouver la trace de celles dont parlait M. de Rochas, mais sans succès.

On retrouve des lépreux sur d'autres points de la France. Il y a des cas de lèpre à Montpellier; il y en aurait à Avignon, Villeneuve-les-Avignon et à Vitrolles (Bouches-du-Rhône). Il y en avait récemment à Martigues. On nous écrit de Cannes en nous parlant d'une famille dont presque tous les membres seraient morts à la suite de la perte successive des doigts. Il ne resterait plus que la mère. Les lépreux d'Eze et de San Remo sont bien connus. Sur toute la côte de la Méditerranée, du delta du Rhône jusqu'à Gênes, il y aurait donc encore des lépreux.

La Bretagne, pays maritime, recèle encore un foyer assez intense de lèpre à divers degrés. La lèpre tuberculeuse et la lèpre anesthésique de Danielson s'y voient très fréquemment ; elles échappaient encore il y a peu de temps au diagnostic des médecins. M. Zambaco y a vu « des cas dont la gravité ne le cède en rien à celle de ses malades de Constantinople. » Le type le plus fréquent est celui du mal de Morvan.

Les cagots sont donc bien des lépreux. M. Zambaco avait déjà prouvé que les cagots de Bretagne étaient des lépreux ou des descendants de lépreux, et dans ce pays l'assimilation était faite, mais les cagots des Pyrénées restaient encore non étudiés. On pouvait chercher parmi eux la lèpre, comme nous avons fait, et la signaler, mais ce qui était inattendu, c'était de se trouver en présence d'une lèpre atténuée tout à fait spéciale, assez uniforme dans ses manifestations, se développant avec une lenteur extrême et très bénigne.

Les symptômes consistent en alopécie, hypertrophie des ongles avec tournioles fréquentes et de longue durée, et teint blafard.

On peut l'appeler la lèpre blanche, du nom que lui avaient donné les anciens auteurs.

Elle diffère en effet sensiblement du tableau clinique qu'on est convenu d'attribuer à la lèpre. L'hypertrophie des ongles est rare chez les lépreux, et les cheveux persistent presque toujours dans cette maladie. Mais ce n'est pas une raison suffisante pour rejeter une nouvelle forme plus atténuée de la maladie et où les symptômes seraient différents.

* * *

Nous avons voulu, dans notre étude, bien préciser la nature et la valeur de ces symptômes et développer les différentes raisons qui militent en faveur de la lèpre.

Nous les énumérerons dans la conclusion qui suit :

1° Origine lépreuse des cagots.

2° Description par les anciens auteurs d'une forme de lèpre atténuée, dite « lèpre blanche », caractérisée surtout par la teinte blafarde de la peau. Cette teinte se retrouve chez plusieurs cagots.

3° L'hypertrophie des ongles et l'alopécie, quoique héréditaires, ne sont pas congénitales et ont une évolution lente qui prouve qu'il s'agit d'une maladie.

4° Le fait que ces altérations ne se trouvent que chez les cagots de Salies n'est pas une preuve contre l'origine lépreuse, car on tend à admettre l'abus du sel comme cause prédisposante de cette maladie.

5° La preuve la plus forte en faveur de l'origine lépreuse est l'existence de maux blancs indolores qui se développent sous les ongles cagots. Dans quelques cas ce sont de vrais panaris ulcérants, identiques à ceux de la maladie de Morvan.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etudes sur l'organisation du Service de santé.

5e article.

V. — Matériel du Service de santé en campagne.

(Suite).

Pendant toute la durée de son fonctionnement, les médecins ne doivent pratiquer que les opérations d'une urgence immédiate et absolue, on ne saurait trop le répéter. Les pansements sont faits et les appareils sont appliqués de manière à permettre les transports auxquels les blessés seront ultérieurement soumis. Dès qu'il est avisé par le médecin-chef de la Division (ou par le directeur du Service de santé du Corps d'armée) des points sur lesquels il peut évacuer les blessés, le médecin-chef de l'ambulance forme les convois d'évacuation. Si, au moment où l'ambulance doit se remettre en marche, tous les blessés n'ont pu être évacués, pour une raison ou pour une autre, un hôpital de campagne reçoit l'ordre de venir s'installer à sa place et de la relever. C'est la règle absolue.

Les hôpitaux de campagne sont donc destinés à relever les ambulances dans la soirée ou, au plus tard, dès le lendemain du combat, mais ils peuvent être appelés également à les remplacer éventuellement sur le champ de bataille. Toutefois leur fonction spéciale consiste à traiter sur place et jusqu'à leur relèvement les malades et les blessés non transportables, et à continuer les évacuations sur l'arrière, bien qu'ils ne soient pourvus d'aucun moyen de transports pour les blessés : voitures, litières ou cacolets. Chaque corps d'armée est doté de dix hôpitaux de campagne, à cent lits chaque, dont deux sont réunis et groupés pour former un hôpital d'évacuation.

Les seuls et uniques moyens de transport dont dispose un hôpital de campagne consistant en 5 brancards, les évacuations ne peuvent être faites qu'avec des voitures réquisitionnées ou fournies par les divers services de l'armée, auxquels le Commandement donne des ordres à ce sujet. Toutes les voitures, quelles qu'elles soient, peuvent être utilisées pour le transport des blessés, en ayant soin de les aménager au moyen de fagots, de botillons de paille ou de foin, de cordes tendues, de perches, etc., sur lesquels on pose les brancards. Il appartient au médecin-chef de faire œuvre d'initiative et d'intelligence en s'inspirant des indications contenues dans la notice 7 du règlement sur le Service de santé en campagne.

Pour faciliter l'adaptation des brancards à n'importe quelle voiture de réquisition et pour éviter aux blessés les souffrances résultant des cahots, la direction du Service de santé a adopté un appareil aussi simple que pratique et peu encombrant, imaginé par le Dr Desprez (d'Amiens). Il consiste sommairement en deux crochets suspenseurs réunis par des ressorts à boudins. Quatre de ces appareils sont nécessaires par brancard. Par leurs crochets supérieurs, les 4 appareils sont fixés aux ridelles ou aux parois des voitures, soit directement, soit au moyen de cordes ou de toute autre façon, à une distance convenable les uns des autres, puis on

pose sur les 4 crochets inférieurs les extrémités des hampes du brancard.

Les approvisionnements des hôpitaux de campagne ne comportent pas encore, à l'heure actuelle, une dotation en appareils Duprez, adoptés seulement en principe, et il serait à désirer que cette lacune pût être comblée le plus tôt possible.

Ce sont également ces formations sanitaires que nous aimerions voir pourvues de quelques-uns de ces brancards à roues dont il a été question, si leur adoption pouvait être décidée, car il est permis de douter que la réquisition puisse fournir, en toutes circonstances, les voitures et les attelages nécessaires aux évacuations qui incomberont aux hôpitaux de campagne. Dans toute organisation concernant les services de l'armée en campagne, il importe d'abandonner le moins possible à l'imprévu, et l'on pourrait citer, sur le territoire national même, telles régions peu peuplées où la réquisition, poussée à son extrême limite, ne parviendrait pas à réunir le quart des moyens nécessaires au transport des blessés.

L'hôpital de campagne évacue normalement ses malades et blessés sur l'hôpital d'évacuation qui forme l'échelon sanitaire établi immédiatement en arrière de lui, à la station tête d'étapes de guerre où s'amorcent les grandes lignes d'évacuation vers le territoire national. Si, par suite des nécessités de la guerre, des blessés sont dirigés sur un point plus en avant ou en arrière, le médecin-chef y transporte immédiatement une section de son hôpital.

En principe, chaque Corps d'armée se trouve pourvu dès le temps de paix d'un approvisionnement d'hôpital d'évacuation qui comprend :

2 approvisionnements d'hôpitaux de campagne.
3 approvisionnements de trains sanitaires improvisés.

L'hôpital d'évacuation traite sur place ou dirige sur les hôpitaux ou hospices du territoire occupé, et situés à proximité, tous les malades et blessés dont l'état s'oppose au transport par voie ferrée ou autre jusque sur le territoire national.

Tous les autres sont dirigés sur les établissements hospitaliers de la mère-patrie par l'intermédiaire des trains sanitaires. Les moyens de transport à la disposition d'un hôpital d'évacuation se résument en 460 brancards, sans voitures, ni litières, ni cacolets. Les 3 trains sanitaires comportent en sus et ensemble 300 traverses du système Bry-Ameline (1) (150 supports de tête et 150 de pieds) avec les accessoires nécessaires destinés à servir de supports aux brancards dans les wagons couverts à marchandises qui entrent dans la formation de ces trains. La proximité des gares d'embarquement rendra le plus souvent inutile l'emploi de voitures attelées, et le transport à mains au moyen de brancards suffira le plus souvent de l'hôpital au train. Dans le cas contraire, le médecin-chef devra se procurer les véhicules nécessaires par voie de réquisition.

En outre de ces trains sanitaires improvisés, le Service de santé dispose encore d'un certain nombre de trains sanitaires dits « *permanents* », parce qu'ils sont organisés dès le temps de paix par les diverses Compagnies de chemin de fer, ou pendant la période de préparation à la guerre, et qui sont répartis par le Ministre entre les différentes armées sur les propositions de l'Inspecteur général du Service de santé des armées.

Ces trains « *permanents* » sont composés de voitures spécialement construites et aménagées pour le transport des malades et blessés le plus grièvement atteints, qui ne pourraient supporter le transport par les voies ordinaires et qu'il importe néanmoins, dans l'intérêt de l'armée, d'évacuer du théâtre des opérations. Comme on ne pourrait imposer aux Compagnies l'obligation de conserver sans emploi ces voitures, à moins de leur payer de lourdes indemnités, elles sont autorisées à les mettre en service dans les trains de voyageurs, pour servir au transport des bagages et des articles de messagerie, sous la seule condition de ne jamais sortir du réseau de la Compagnie en temps de paix. Au moment de la mobilisation, elles sont dirigées sur les ateliers des Compagnies, où elles reçoivent rapidement les modifications nécessaires, ainsi que l'ameublement qui est

(1) Les appareils Bry-Ameline s'installent sur deux rangs superposés dans les wagons à marchandises, et se fixent aux parois latérales. Par leur moyen on peut installer douze brancards par wagon, mais, à moins de nécessité absolue, il faudrait supprimer dans la pratique les brancards du milieu de la rangée supérieure. L'emploi des appareils Bry-Ameline rend très difficiles les soins à donner aux blessés pendant la marche des trains, car l'espace réservé entre deux brancards voisins ou entre les brancards et les parois du wagon est tellement restreint que la circulation est singulièrement entravée, et c'est là un défaut capital. Ces appareils ont, en outre, le très grave inconvénient d'être lourds et encombrants. Ces réserves établies, il faut reconnaître que des expériences répétées ont démontré que la suspension est suffisamment réalisée pour éviter les cahots en cours de marche.

Les approvisionnements en appareils Bry-Ameline étaient entièrement constitués, quand la Direction du service de santé a été appelée à examiner l'appareil axial du médecin principal Gavoy. Cet appareil, destiné comme le précédent à suspendre les brancards dans les wagons à marchandises, est « constitué par un arbre vertical supportant trois étages de lames en acier et posées de champ, qu'un dispositif particulier de construction permet de relever ou de rabattre le long de l'arbre pour faciliter le transport et l'emmagasinage. Les brancards sont soutenus par des griffes spéciales fixées à chaque extrémité des lames-supports en acier. L'extrémité supérieure de l'arbre vertical est terminée par une fourche supportée par une vis, que l'on peut à volonté élever ou faire entrer dans l'intérieur de l'arbre au moyen d'une douille à main. Cette vis sert à caler l'arbre verticalement entre le plancher et une des solives, soit longitudinale, soit transversale du wagon prise dans la fourche. La conformation et la construction de l'appareil permettent de charger ou décharger individuellement les blessés sans troubler la stabilité. Il peut être adapté promptement, sans le secours d'aucun accessoire, à tous les types de wagons de toutes les les Compagnies de chemins de fer. » Il supprime également tous les cahots pendant la marche du train, permet aussi de placer douze brancards par wagon, en laissant une grande facilité de circulation autour des blessés. Il paraît bien moins encombrant que le précédent, mais il obligerait sans doute à placer un filet autour des malades pour les empêcher de tomber pendant le sommeil ou s'ils étaient pris de délire et d'agitation.

La 7e Direction poursuit toujours l'étude du meilleur mode de suspension des brancards dans les wagons à marchandises, et, dans le courant de juillet dernier, des essais ont été faits sur la ligne de l'Ouest avec un appareil inventé par MM. Bry, Bréchot et Déprez comparativement avec les appareils déjà connus. Cet appareil, qu'il serait trop long de décrire ici, consiste sommairement en quatre tiges de fer creux, reliées par des barres de fer interchangeables, qu'on fixe avec une vis à écrou, et l'amortissement des chocs et cahots est réalisé par l'adaptation de ressorts à boudins. Ce nouvel appareil, qui supprime en partie les inconvénients de l'ancien appareil Bry-Ameline, et rend plus facile la circulation autour des malades, semble avoir acquis les préférences de la 7e Direction. Malheureusement les anciens appareils existent, et il paraît difficile, sinon impossible, de s'en débarrasser.

installé par les soins du Service de santé, et à partir de cet instant elles ne sont plus employées qu'au transport des malades et blessés.

Tous les wagons des trains permanents communiquent entre eux par une plate-forme avec garde-fous établie aux extrémités. Chaque wagon a une destination spéciale et un aménagement en rapport: wagon-cuisine; wagon de chirurgie, pharmacie et de lingerie; wagons aux provisions; wagons pour les médecins; wagons-lits pour les blessés. Ceux-ci ne sont plus couchés sur des brancards comme dans les trains improvisés, mais dans de véritables lits et pourvus de matelas, traversins, oreillers, draps et couvertures. Le train permanent n'est donc autre chose qu'un « *hôpital roulant* ».

Dans certaines circonstances, le Service de santé peut aussi diriger une partie de ses évacuations par mer, en nolisant des navires de commerce, ou par fleuves et canaux en utilisant des bateaux plats remorqués, au nombre de 4 à 6, au moyen de bateaux à vapeur ou halés par des chevaux. Les navires reçoivent un approvisionnement analogue à celui des trains sanitaires improvisés; les bateaux plats reçoivent un aménagement spécial par les soins de l'Administration centrale de la guerre en territoire national, ou par les soins des commandants d'étape dans la zone de l'arrière.

Les Sociétés de secours aux blessés militaires sont autorisées à concourir au service des évacuations, dans des conditions définies et au moyen des ressources qui leur sont personnelles.

Tel est, sommairement et dans ses grandes lignes, le système de transport et d'évacuation qui permettra au Service de santé en temps de guerre de conduire les blessés, de la place même où ils sont tombés sur le champ de bataille, jusqu'au fond de la mère-patrie et dans leurs foyers. Nous avons passé en revue les moyens appropriés à l'exécution de cette organisation; dans un prochain article, nous examinerons le matériel destiné à assurer les soins médicaux et chirurgicaux que réclament les malades et les blessés, ainsi que le matériel nécessaire à leur hospitalisation temporaire.

D[r] FREEMAN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 décembre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. CHARCOT fils. — Le phénomène de la *dissociation de la sensibilité* existe dans une série de maladies et en particulier dans la syringomyélie. Mais on peut le retrouver dans une simple compression traumatique des nerfs, comme le montre l'observation suivante. Il s'agit d'un malade qui, dans une chute faite du haut d'un trapèze, s'était blessé au poignet. Il présentait une cicatrice intéressant la branche antérieure du cubital, une atrophie musculaire et dissociation des sensibilités thermique et tactile semblable à celle que l'on observe dans la syringomyélie. MM. Weis, Mitchell, Letiévant, Richet, Chaput, etc., ont décrit des cas semblables. Pour interpréter ces faits, on pourrait supposer que la sensibilité thermique est une modification, un perfectionnement surajouté à la sensibilité thermique. On comprendrait alors que dans les cas de compression nerveuse elle disparaît la première et que la libération du nerf amène la guérison.

M. GLEY fait observer que, chez les animaux, les différentes sensibilités se développent parallèlement et que la distinction des différentes sensibilités a été d'abord prouvée par les physiologistes, avant le surcroît de preuves venant de la clinique.

M. GELLÉ rapporte l'observation d'un malade qui présentait une *synergie d'accommodation des deux oreilles*. A la suite d'une application de topique irritant dans l'oreille gauche malade, il fut pris d'une surdité complète des deux oreilles qui cessa avec l'emploi du caustique employé seulement à gauche.

M. LABORDE dépose une note de MM. PILLIET et MALBEC sur les *lésions rénales produites par les sels de baryte*. On sait que ces sels, à cause de leur poids, sont souvent employés pour les falsifications de poudres blanches. Il était donc intéressant de rechercher leur action sur le rein. Ils produisent, à doses assez faibles, une albuminurie marquée qui est symptomatique d'une néphrite surtout congestive et épithéliale, à caractères histologiques assez particuliers.

M. GALIPPE, à propos de la communication faite par M. Auché (de Bordeaux), dans la séance précédente, fait connaître le résultat de ses recherches sur l'*existence de micro-organismes dans les fœtus normaux*. Ces microbes se rencontrent même chez les fœtus d'animaux sains, et M. Galippe n'est pas éloigné de penser qu'ils proviennent du sperme, car il a rencontré des micro-organismes dans le testicule sain, et rien n'empêche alors d'admettre qu'ils ont pu arriver avec le sperme jusqu'à l'ovule.

M. BONNIER présente une note de M. CONSTANTIN sur les parasites *destructeurs des champignons* que l'on rencontre dans les couches de terreau déjà utilisées dans les champignonnières.

M. BONNIER fait une communication sur les *mouvements de la sensitive placée dans l'air comprimé*. Le pétiole de la plante, soumis à cette action, s'écarte en se redressant au lieu de se replier comme dans le mouvement de réaction au contact.

M. RETTERER a étudié, sur les fœtus et les animaux domestiques, *les rapports de l'artère hépatique et de la veine porte*. Ils peuvent être renfermés dans un schéma identique pour toutes les espèces examinées. Dans sa première portion, l'artère hépatique est en arrière de la veine porte, puis, quand elle a croisé ce dernier vaisseau, elle passe en avant de lui jusqu'au hile du foie.

M. CHARRIN lit une note de M. GAUTIER sur l'*action électrolytique de l'iode et des sels de cuivre* sur les cultures du bacille pyocyanique. Cette action est ralentissante et peut même empêcher complètement le développement du microbe.

M. MALASSEZ présente à nouveau ses *appareils de contention* bien connus, pour les animaux en expérience, et rappelle la date de ses premières communications, car depuis, son principe a été remarqué et appliqué dans les pays voisins.

La Société se forme en comité secret. A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 13 décembre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. A. REGNAULT.

M. le D[r] CADET DE GASSICOURT, secrétaire annuel, a fait un rapport sur les prix décernés en 1892.

M. BERGERON a prononcé, dans un langage élevé, l'éloge de M. le D[r] Michel Lévy, ancien directeur du Val-de-Grâce.

Voici la liste des prix décernés:

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (800 francs). — Partagé entre les docteurs Courmont, de Paris, pour 400 francs; Marcel Baudouin (de Paris), rédacteur en chef des *Archives provinc. de Chirurgie*; et Ed. Arnould, de Paris, 200 francs chacun. Mentions honorables: MM. les D[rs] Arthaud et Butte, de Paris, Bernhard, pharmacien, Cathelineau, de Paris.

Prix Amussat (1,000 francs). — 500 fr. à MM. les Drs Emile Berger et A. Broca, de Paris.

Prix Barbier (2,500 francs). — Mentions honorables : 1,000 fr. à M. le Dr Calmette, médecin du corps de santé des Colonies, à Saïgon ; 1,000 francs à MM. C. Cadéac et A. Meunier, de Lyon ; 500 francs à M. Ad. Lucet, médecin vétérinaire à Courtenay (Loiret).

Prix Henri Buignet (1,500 francs). — MM. Debierre et Doumer, de Lille.

Prix Adrien Buisson (10,500 francs). — 6,000 francs à M. le Pr Leloir, de Lille ; 4,500 fr. à MM. les Drs Paul Blocq et Albert Londe.

Prix Capuron (1,200 francs). — 400 francs à titre d'encouragement à M. le Dr Léon Bec, d'Avignon.

Prix Civrieux (900 francs). — M. le Dr Charles Vallon, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine).

Mention honorable : M. le Dr A. Paris, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Meurthe-et-Moselle, à Maréville.

Prix Daudet (1,000 francs). — 600 francs à M. le Dr Paul de Molènes, de Paris ; 400 francs à M. le Dr Clémenceau de la Loquerie, de Fontenay-le-Comte (Vendée).

Prix Desportes (1,300 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Douze concurrents se sont présentés. L'Académie partage le prix comme il suit : 1,000 francs à M. le Dr Soulier, professeur de thérapeutique à la Faculté de Lyon. 300 francs à M. le Dr Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grace. Mentions honorables à M. Manquat, professeur à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon ; M. Peyrou, de Paris.

Prix Falret (1000 francs). — M. le Dr Bernard, de Dinard-les-Bains (Ile-et-Vilaine). Mention honorable : M. le Dr Courtade, de Thiers (Puy-de-Dôme).

Concours Vulfranc Gerdy. — 1,000 francs à M. Cathelineau ; l'Académie lui a, en outre, décerné le titre de lauréat. Prix d'hydrologie : 2,500 francs à M. Matton ; 1,500 francs à M. Bernard ; 1,500 francs à M. Arthus.

Prix Ernest Godard (1,000 francs).— 600 francs à M. le docteur Jules Thiroloix, de Paris ; 400 francs à M. le docteur Edouard Henriquez, de Paris. Mention honorable : M. le docteur Poulaillon, de Paris.

Prix Huguier (3,000 francs). — M. le docteur S. Pozzi, de Paris.

Prix de l'hygiène de l'enfance (1,000 francs). M. le docteur Paul Raymond, de Paris. Mention honorable : M. le docteur Jules Bauzon, de Chalon-sur-Saône.

Prix Laborie (5,000 francs). — Un prix de 4,000 francs à M. le docteur Chipault, de Paris ; 500 francs à M. le docteur A. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris ; 500 francs à M. le docteur Lemière, chef du laboratoire des cliniques de la Faculté libre de Lille. Mentions honorables : MM. les docteurs Louis Géraud, médecin-major à l'Ecole de cavalerie de Saumur, et Guinard, de Paris.

Prix Laval (1,000 francs). — M. Noel, interne en médecine à la maison de Nanterre.

Prix Louis (5,000 francs). — Prix de 3,500 francs à M. le docteur Sacreste, médecin en chef de l'hopital militaire de Milianah (Algérie). Une mention honorable avec 1,000 francs : M. le docteur Jacquemart, de Paris. Mention honorable avec 500 francs : M. le docteur Pouchet, médecin-major de première classe au 9e régiment d'infanterie. Mention honorable : M. le docteur Hector Maillard, médecin assistant à la clinique médicale de l'Université de Genève.

Prix Mège (900 francs). — M. le Dr Guichamans, d'Arzacq (Basses-Pyrénées).

Prix Meynot (2,600 francs). — Au meilleur ouvrage sur les maladies de l'oreille : M. le Dr Martha (de Paris).

Prix Monbinne (1,500 francs). — M. Moulé, médecin vétérinaire. Mentions honorables : MM. les Drs Albert Palmberg, de Paris ; Delvaille, de Bayonne ; Castex, de Paris ; G. Lorey, de Paris ; Felix Regnault, de Paris.

Prix Oulmont (1,000 francs). — M. Mauclaire, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Portal (600 francs). — Récompense de 500 fr. à M. le Dr Hector Christiani, privat-docent à l'Université de Genève, et Mme Anna Klasson, docteur en médecine à Kiew (Russie).

Prix Saint-Paul. — (Travaux sur la dipthérie). 500 francs a M. Barbier, de Paris ; 500 fr. à MM. Berlioz et Ruault, de Paris ; 500 francs à M. le Dr Abel Goumy, medecin-major au 9e cuirassiers, à Senlis. Une mention honorable est, en outre, accordée à M. le Dr Henri Bourges, de Paris.

Prix Stanski (1,800 francs) — (Travaux sur la contagion miasmatique). Un prix de 1,200 francs à M. Galtier, professeur a l'école de medecine vétérinaire de Lyon. Un prix de 600 francs a M. le Dr Thoinot, de Paris. Une mention très honorable a MM. les Drs E. Mosny, de Paris ; Schoull, de Troyes ; Chénier, vétérinaire au 6e cuirassiers, Mentions honorables : MM. les Drs Lemoine, médecin-major de 2e classe, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon et Larger, de Paris.

Prix Vernois (700 francs). — (Travail sur l'hygiène.) 300 francs à M. Burcker, pharmacien principal de l'armée, professeur de chimie au Val-de-Grace ; 200 francs à Gustave Jourdan, chef de bureau à la préfecture de la Seine ; 200 à M. le Dr Dardignac, médecin-major. Mentions honorables : MM. les Drs Jeannel, de Villefranche-sur-Mer ; Regnault, de Paris ; Rousselet, de Paris ; Villard, médecin à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Services des eaux minérales. — Médailles d'or à MM. les Drs Danjoy, de la Bourboule ; et Paul Rodet, de Vittel.

Services des épidémies. — Médailles d'or à : MM. les Drs Carlier, médecin-major de 1re classe au 74e de ligne ; Le Roy des Barres, de Saint-Denis ; Sicard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Béziers.

Service de l'hygiène de l'enfance. — Médailles de vermeil à MM. Gautrelet, pharmacien, Lelimouzin, inspecteur départemental de la Loire-Inférieure ; Maurice Springer, de Paris ; Thiébaut, inspecteur départemental de la Meuse.

Service de la vaccine. — Un prix de 1,500 francs à partager entre MM. les Drs Choux, médecin-major à l'hôpital militaire de Vincennes (Seine) ; Liron, médecin-major à l'hôpital militaire de Fort-National (Algérie) ; Strœbel, medecin-major au 137e régiment d'infanterie, à Fontenay-le-Comte (Vendée).

Médailles d'or. — MM. les Drs A. Berthoud, médecin-major à l'hôpital militaire du Dey, à Alger ; Paul Descosse, médecin-major ; F. Ebstein, médecin-major au 67e d'infanterie, à Soissons ; Huguenard, médecin-major au camp de Chalons.

L'Académie a décerné, en outre, cent *médailles d'argent* aux vaccinateurs qui se sont distingués dans leur mission. Nous en publierons ultérieurement la liste.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. DESNOS.

M. DEBOVE. — En son nom et au nom de M. SOUPAULT, son interne, lit une note sur les *épanchements de liquide hydatique et de bile dans le péritoine.* Il s'agit d'une malade de 17 ans, entrée le 12 juin. Le 8 elle avait été prise brusquement, sans cause, comme d'une douleur très vive, amenant presque une syncope, dans l'hypochondre droit. Cette douleur s'étendit rapidement à tout l'abdomen s'accompagnant de dysurie, de ténesme et d'un léger ballonnement du ventre. A son entrée, un peu d'ascite, fièvre vespérale. Les symptômes et la chétivité de l'aspect firent porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Bientôt la fièvre tomba, l'état général semblait s'améliorer. Le 25 juillet, ponction qui donna issue à 300 gr. de liquide. Injection de 7 centimètres cubes de liqueur de van Swieten. Le liquide retiré ressemblait à un mélange de mucus et de bile et présentait encore les mêmes caractères, le 29 juillet, à la suite d'une ponction qui donna issue à 800 centimètres cubes. On pensa alors à une de ces dilatations énormes de la vésicule biliaire qui simulent parfois les kystes de l'ovaire. Un chirurgien [illegible], qui avait fait aussi ce diagnostic, pratiqua une laparotomie, mais il ne trouva pas de poche et tomba de suite sur les anses intestinales qui présentaient seulement deux points [illegible] qui firent penser à l'opérateur que [illegible] il s'agissait de péritonite tuberculeuse. Les suites opératoires furent [illegible], mais bientôt l'ascite reparut considérable. On [illegible] alors le liquide retiré par une nouvelle ponction [illegible] trouva des hydatides. On apprit alors que la malade [illegible] l'accident initial, quelques douleurs dans l'hypochondre droit s'irradiant vers l'épaule, et, le lendemain même de l'accident, un urticaire généralisé. Il est donc probable, malgré qu'on n'eût point constaté de tuméfaction du foie, qu'il s'agit d'un kyste hydatique ouvert dans le péritoine. La grande quantité de bile qui se trouve mélangée au liquide, sans qu'il y ait la moindre trace d'ictère ni de matières biliaires dans les urines, donne à penser que le kyste hydatique a perforé les voies biliaires ; il faut admettre de plus l'épanchement biliaire s'étant reformé chaque fois qu'il y a de plus listé le bi[illegible]e sans péritonite consécutive, ce qui est possible avec une bile aseptique. La malade, malgré la reapparition de l'ascite, paraît devoir guérir facilement car l'examen microscopique a mon-

tré les hydatides mortes, ce qui peut être attribué au contact du liquide biliaire.

M. Rendu. — Rien n'est plus difficile que de diagnostiquer les kystes hydatiques lorsqu'ils sont rompus dans le péritoine. Un cas de *pneumonie infectieuse à la suite d'un érysipèle bénin* récemment observé dans la clientèle montre, qu'il est facile de commettre des erreurs graves de pronostic. Il s'agit d'une malade, de bonne santé habituelle, venant le 1er décembre pour une conjonctivite de l'œil gauche avec chémosis séreux assez marqué. Le lendemain, malgré un petit traitement, les symptômes oculaires s'étaient accentués, et près de l'œil il y avait une petite plaque d'érysipèle. Aucune élévation de température, pas de phénomènes généraux. Rien du côté du nez ou du pharynx qui peut expliquer la plaque d'érysipèle. La malade fut rassurée, et, de fait, il n'y avait plus traces de l'érysipèle 48 heures après ; mais tout à coup, dans la nuit du 3 au 4, l'état général devint mauvais. Le 4 on constatait un petit point de pneumonie à droite, et bientôt une pneumonie double du caractère le plus infectieux qui emporta la malade. Cette pneumonie a été toute spéciale, car il n'y a jamais eu ni toux, ni expectoration, ni dyspnée, bien qu'on entendit un souffle énorme des deux côtés. Anurie absolue pendant les deux jours qui précédèrent la mort. L'autopsie n'a pu être faite. La malade n'avait pas été exposée au refroidissement. Bref, rien ne peut expliquer la pneumonie. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 décembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

M. Périer fait un rapport sur la *statistique des opérations exécutées, d'août 1890 à octobre 1891*, par M. le Dr Dayot fils (de Rennes). Cette statistique porte sur 317 opérations, avec 295 guérisons. M. Périer insiste sur les résultats opératoires obtenus par M. Dayot qui, depuis qu'il a quitté Paris, n'a cessé de montrer, dans la province où il exerce, quels résultats la chirurgie antiseptique permettait d'obtenir désormais. M. Dayot a exécuté 26 opérations sur l'abdomen, avec 6 morts (1 hystérectomie abdominale, 1 laparotomie pour obstruction intestinale dans 1 cas de cancer, 3 hernies étranglées gangrenées, 1 mort chez une femme de 72 ans atteinte d'hémiplégie, avec eschares sacrées, opérée pour une hernie étranglée). A citer encore 23 opérations sur les organes génitaux de l'homme, avec 2 décès (tuberculose pulmonaire aiguë et un cas d'extirpation du rectum ayant duré 2 heures) ; 35 interventions analogues, sur les mêmes organes, chez la femme, avec 2 morts (1 cas de fièvre puerpérale, 1 cancer utérin opéré par l'hystérectomie vaginale). M. Dayot a eu 2 cas de tétanos aigu.

M. Berger revient sur les *hernies enkystées de la région inguinale*. Elles présentent, à son avis, un grand nombre de variétés. On peut même dire qu'il n'y a pas un seul cas qui se ressemble. Toutefois, il existe un type général auquel on peut ramener toutes les formes observées. Cela n'empêche pas qu'il faut publier toutes les variétés anatomiques bien constatées. M. Berger cite à ce propos un cas de hernie enkystée à particularités très rares : la hernie était intra-inguinale et, en même temps, rétropéritonéale. Le testicule ne pouvait être reconnu. Pendant l'opération, on le découvrit et on le fixa au scrotum. Quatre mois après, il ne s'était pas déplacé.

M. Felizet. — Les remarques précédemment formulées par MM. Terrillon et Berger montrent qu'il faut se tenir en garde quand on attaque une collection liquide de la région inguinale. On peut toujours tomber sur un diverticule de la grande séreuse péritonéale. M. Felizet termine en présentant une série de considérations pratiques sur 11 cas de hernies inguinales qu'il a opérées. Il montre que si dans certaines hydrocèles on avait fait des injections de teinture d'iode on aurait déterminé l'éclosion d'une péritonite.

M. Lucas-Championnière. — Les réflexions que vient de faire M. Berger plaident dans le même sens que celles que j'ai formulées la semaine dernière. Il y a toute une gamme dans le grand nombre des hernies congénitales qui passent sous nos yeux et on n'en finirait pas si on voulait créer autant de types cliniques distincts qu'il y a de variétés anatomiques.

M. Kirmisson cite un fait nouveau de *rupture des voies biliaires*. — En 1887 il a eu l'occasion d'observer un homme qui était tombé du haut de la Tour Eiffel, lorsque celle-ci avait 28 mètres. Ce malade vigoureux, âgé de 26 ans, avait une foule de lésions : plaies de tête, fractures des coudes, fractures de l'avant-bras, luxation de la hanche, etc. Bientôt il fut pris de douleurs vives à l'épigastre, de vomissements, de teinte jaunâtre et d'ictère ; le ventre se ballonna, la respiration devint gênée. Un point pleurétique se déclara à droite. Le 5 septembre, c'est-à-dire un mois après l'accident, on dut faire une ponction pour extraire du liquide qui s'était accumulé dans la cavité abdominale. On retira 8 litres 1/2 d'un épanchement chargé de bile. La guérison survint rapidement. — Ce fait montre que la rupture des gros canaux biliaires n'est pas mortelle, quoiqu'il puisse s'écouler une grande quantité de bile dans l'abdomen.

M. Regnier tient à faire connaître quatre observations qui plaident en faveur du signe mis récemment en relief pour distinguer les *obstructions du cholédoque dues à un calcul ou à un néoplasme*. 1° Dans son premier cas, il s'agit d'une femme de 50 ans, à vésicule biliaire très distendue ; oblitération du cholédoque. On diagnostiqua un calcul du cholédoque. On fit la laparotomie : extraction de 80 gr. de bile et de nombreux calculs de la vésicule ; cholécystostomie. Après une amélioration passagère, décès. A l'autopsie on trouva un épithélioma de la tête du pancréas.

2e fait : Femme de 45 ans. Coliques hépatiques. Laparotomie. Vésicule très distendue. Cholécystostomie. Amaigrissement. Mort. On trouva un épithélioma cylindrique du pancréas.

3e cas : Coliques hépatiques, douleurs, fièvre 39°, 40° ; ictère, laparotomie. *On ne trouva pas la vésicule biliaire*, en raison des adhérences : on ne la vit pas du tout. Le foie était granuleux et on crut à un cancer. Laparotomie exploratrice simple. Guérison complète. Il s'agit probablement d'un calcul du cholédoque qui a été déplacé au cours de l'opération et qui a passé dans l'intestin.

4e cas : Femme de 42 ans. Vésicule distendue, bourrée de calculs. Cholécystectomie. Mort 6 mois après. Oblitération du canal cystique.

M. Charvot présente un malade chez lequel il a fait, il y a un an, une *résection presque totale du péroné* dans un cas d'ostéo-périostite phlegmoneuse diffuse. On trouve un noyau d'induration qui fait espérer une régénération du péroné.

M. Le Dentu présente des pièces anatomiques provenant d'un aliéné qui s'était tiré un *coup de feu dans l'abdomen*. Résection de l'intestin. Mort.

Election. — M. Picqué est élu membre titulaire de la Société de Chirurgie par 24 voix contre quelques voix seulement accordées aux chirurgiens présentés en seconde ligne.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 14 décembre 1892. — Présidence de M. Labbée.

M. Berlioz lit, en son nom et au nom de M. Yvon, une note sur la *préparation et la conservation des paquets de sublimé et d'acide tartrique*. Au mois de février 1890, l'Académie de médecine, sur le rapport du docteur Budin, a reconnu qu'il fallait autoriser les pharmaciens à délivrer aux sages-femmes :

1° Des paquets de sublimé dont la formule définitive fût :

Sublimé corrosif	25 centigr.
Acide tartrique	1 gramme.
Solution alcoolisée de carmin d'indigo sec à 5 pour 100. . .	1 goutte.

Cette dernière solution se prépare en faisant dissoudre 5 gr. de carmin d'indigo *desséché et pulvérulent* dans 95 grammes d'alcool à 20 degrés centésimaux : une goutte contient 0 gr. 0015 de carmin d'indigo. D'après M. Marty, également membre de la commission de l'Académie, le mélange de sublimé et d'acide tartrique imprégné d'une goutte de la solution, ne devient que très peu humide. Il se dessèche rapidement par agitation. Il faut mêler et réduire en poudre impalpable.

2° Des doses de 30 gr. de vaseline au sublimé à un pour mille. Ce rapport très remarquable fut l'objet d'une discussion sérieuse et très approfondie. Le choix de la matière colorante

en particulier souleva plusieurs objections. Quant au mélange de sublimé et d'acide tartrique, il rencontra également des adversaires. Pour ne parler que de ceux qui ont fait intervenir seulement les côtés chimique et pharmaceutique de la question, je citerai l'opinion de M. Bouchardat qui se demandait si une certaine quantité de matière organique comme l'acide tartrique ne pouvait pas, au bout d'un certain temps, empêcher le mélange de se dissoudre intégralement, et celle de M. Marty qui prétendait que l'acide tartrique ronge le papier à la longue s'il n'est pas bien sec. Ce dernier croyait aussi que le mélange s'altérait après un certain temps. Le regretté professeur Trélat avait même proposé l'emploi de *pastilles* au lieu de *paquets*, comme étant plus commode, ce à quoi le docteur Budin répondit, avec raison, que cette forme pharmaceutique habituellement réservée pour l'usage interne pourrait induire en erreur et devenir une cause réelle d'accidents. Du reste, la pastille se dissout bien moins vite que le paquet, dont la dissolution, d'après M. Nocard, n'exige qu'un quart de minute. Le docteur Laborde proposa également une formule plus compliquée, dans laquelle il associait le sublimé au sulfate de cuivre, afin d'obtenir une action vomitive en cas d'ingestion et prévenir ainsi les empoisonnements.

En un mot, les objections contre le choix de l'antiseptique et sa forme pharmaceutique étaient si nombreuses, qu'il fallut toute l'énergie du rapporteur pour convaincre les membres de l'Académie et obtenir le vote unanime (moins deux voix) de ses propositions. Depuis que la chose est devenue officielle, on a employé couramment les paquets de sublimé ; et c'est en se conformant à la formule adoptée et indiquée plus haut que les pharmaciens doivent les préparer en cas de non indication, et sur la prescription des sages-femmes qui, elles, ne peuvent les modifier. Mais, très souvent, les médecins suppriment soit l'acide tartrique en totalité ou en partie, soit la matière colorante (c'est le cas le plus fréquent), soit les deux en même temps pour ne conserver que le sublimé corrosif.

Un certain nombre de formes pharmaceutiques ont été également proposées : pastilles comprimées, tubes de verre, papiers imprégnés de substances actives et de matière colorante, etc. Notre but n'est pas de discuter les avantages ou les inconvénients de ces innovations, toujours trop fréquentes en pareil cas; nous désirons simplement démontrer que la formule admise par l'Académie de médecine a été très étudiée et bien choisie et qu'elle ne présente aucun des inconvénients que l'on a signalés. Si parfois le mélange de sublimé et d'acide tartrique prend l'humidité et corrode le papier, c'est qu'il n'a pas été effectué avec tous les soins désirables, que l'acide tartrique n'était pas suffisamment pur ou que les paquets ont été placés dans un endroit très humide. En prenant quelques précautions, sur lesquelles nous reviendrons plus loin, on n'a pas à craindre les altérations que l'on avait pu redouter tout d'abord. L'expérience acquise nous permet d'affirmer aujourd'hui que la conservation des paquets est plus longue que la pratique ne peut l'exiger ; nous n'en voulons d'autres preuves que les suivantes. Au moment où le Dr Budin déposait son rapport, c'est-à-dire en 1889-1890, il a eu la précaution de mettre de côté un certain nombre de paquets que nous lui avions préparés et il a bien voulu nous en confier quelques-uns, ainsi que plusieurs autres confectionnés par son collègue, M. Marty. Le contenu de ces paquets conservés, les uns dans un endroit humide, les autres dans un lieu sec, quelques-uns placés dans un portefeuille, est encore aujourd'hui *entièrement et rapidement soluble*, ce qui indique que le mélange de sublimé et d'acide tartrique n'a subi aucune modification pendant tout ce temps-là. Quant au papier, il est demeuré intact et il n'a pas du tout été rongé ni décoloré.

Du reste l'altération chimique des sels de mercure est loin d'être aussi profonde que les modifications physiques semblent parfois l'indiquer... L'un de nous voulant se rendre compte de l'altération que le protoiodure de mercure cristallisé subissait à la lumière a laissé ce corps exposé pendant 8 ans à la lumière diffuse. Au bout de ce temps les cristaux avaient pris une teinte grise presque noire, non seulement à la surface mais encore à l'intérieur ; et cependant ils renfermaient encore 99.22 p 0/0 de la quantité normale de mercure qu'ils devaient contenir. Le bi-chlorure de mercure est infiniment moins altérable, même en présence de l'acide tartrique. La théorie et la pratique confirmées par les faits que nous venons d'exposer nous autorisent donc à dire que le mélange de sublimé et d'acide tartrique préparé d'après la formule officielle, est suffisamment inaltérable. Les seules précautions à prendre consistent à se servir *d'acide tartrique pur et bien sec*, et à opérer le mélange dans un mortier également *bien sec*. De plus, si on colore avec la solution alcoolisée de carmin d'indigo, il faudra bien triturer et attendre que le dissolvant soit entièrement évaporé et que le mélange soit *parfaitement sec* avant d'en effectuer la division. Les paquets devront être conservés autant que possible à l'abri de l'humidité et de la lumière. Dans ces conditions on n'aura aucune altération à redouter.

M. Créquy. — Nos paquets sont mis dans des boîtes de secours qui voyagent de tous côtés ; au bout de 15 jours, 3 semaines, ils sont en mauvais état. C'est pour cela que dans les boîtes de secours des chemins de fer du Nord, nous avons mis notre sublimé dans des tubes.

M. F. Vigier. — Il est préférable de se servir des solutions alcooliques de sublimé plutôt que de solutions faites avec l'acide tartrique. Ce dernier favorise l'absorption du sublimé et l'intoxication.

M. Adrian. — La destruction des paquets, dont parle M. Créquy, provient de l'acide tartrique seul. L'acide tartrique anglais est vendu en poudre ; il ne fait pas appel à l'humidité, comme l'acide tartrique français. L'altération par l'acide tartrique français est due à de petites quantités d'acide sulfurique qui souillent les cristaux.

M. Berlioz. — On se sert de solutions de sublimé faites avec l'acide tartrique, parce que celui-ci empêche la coagulation des substances albuminoïdes dans les tissus et favorise l'action antiseptique du bichlorure.

M. Saint-Yves-Menard lit, en son nom et au nom de M. Chambon, un travail sur la culture du *vaccin chez les génisses*. Sur des génisses qui ont été vaccinées, pour la reproduction de la vaccine, on trouve des pustules caractéristiques de la vaccine la plus pure. Dans cette éruption type, il ne se produit ni tuméfaction, ni engorgement, et aussi pas d'extension. L'épiderme soulevé est blanc nacré, il présente une surfasse lisse. Au contraire, de temps en temps, on voit se produire une éruption altérée ayant les caractères suivants : Sur le champ vaccinal, au lieu de pustules égales, on en trouve d'inégal développement. Les unes sont avortées, d'autres très volumineuses et entourées d'une aréole inflammatoire. Au lieu de la surface unie que présente la postule normale, il existe des croûtes, et sous celles-ci on peut faire sourdre des gouttelettes de pus. Il y a une altération manifeste. Celle-ci se produit d'abord à un degré faible, puis d'inoculation en inoculation elle augmente d'intensité. Enfin après plusieurs générations la vaccination devient stérile. Les pustules avortées augmentent et la vaccine se détruit. Ces cas ont été observés par tous les directeurs d'instituts vaccinaux. Les Allemands ont vu que la vaccine s'atténuait chez la génisse, et qu'il fallait lui donner de temps en temps une nouvelle vigueur par la vaccination de la génisse avec du vaccin d'enfant. D'autres auteurs pensent que la vaccination par piqûre est préférable à celle par scarification. Pourthier de Montpellier a signalé dans les pustules ainsi altérées un parasite. M. Chambon, à l'époque où il ne faisait des inoculations qu'avec de la sérosité vaccinale, n'a pas observé cette destruction du vaccin ; il ne l'a vu que lorsqu'il s'est servi de la pulpe glycérinée. Nous avons trouvé qu'à côté des microorganismes de la vaccine (que nous avons découverts), il y a d'autres microbes étrangers. Nous avons pensé que des soins de propreté devraient empêcher leur ensemencement. Pour arriver à ce résultat nous avons fait la sélection des semences, et nous choisissions les génisses et les pustules. Nous arrivions par cette sélection rigoureuse à de bons résultats. Pour renforcer cette sélection nous avons eu l'idée de réduire les générations de vaccin, et nous avons conservé pendant un temps assez long, sous forme de pulpe glycérinée, un vaccin considéré comme bon. Nous en étions là quand nous avons trouvé un moyen absolument scientifique qui permet de faire des inoculations pures, sans microorganismes étrangers. Si un vaccin considéré comme pur donne une éruption un peu altérée

on l'enferme dans des tubes avec de la glycérine, et il est laissé à la température ordinaire. Il donne des résultats meilleurs au bout de 50 jours.

Nous avons toujours obtenu les mêmes résultats en allongeant la période de conservation avant de faire l'inoculation. Les microbes étrangers ont été probablement détruits par l'action prolongée de la glycérine. Grâce au savant concours de M. le Pr Straus, nous avons eu la démonstration de ce fait. La pulpe glycérine donne des cultures de moins en moins nombreuses, à mesure que le contact a été plus long avec la glycérine.

M. C. Paul présente un *vide-bouteille.*

M. Huchard lit une communication sur la *Dyspepsie hyperchlorhydrique et son traitement.* La première malade était atteinte de la maladie de Reichmann, avec vomissements incessants, brûlure au creux épigastrique et dilatation de l'estomac ; je lui ordonnai de prendre 20 grammes de bicarbonate de soude par jour, puis du lait avec de l'eau de chaux, de la viande, des purées de légumes. Depuis l'année 1890, la malade ne souffre plus de l'estomac. Chez un autre malade, je prescrivis 12 grammes de bicarbonate de soude par jour ; les crises diminuèrent et le malade guérit. Dans un troisième cas, des troubles gastriques duraient depuis six mois, le malade était très affaibli et amaigri; je lui donnai de 30 à 35 grammes d'alcalins par jour. Au bout de trois ou quatre jours les vomissements ont cessé, puis disparu. Au bout de deux mois, le malade était guéri. Chez un quatrième malade, nous pensions, M. Potain et moi, qu'il s'agissait de coliques hépatiques. Un jour je me suis convaincu qu'il était atteint de dyspepsie hyperchlorhydrique à crises intermittentes. Les accidents ont disparu par le traitement alcalin intensif. Je pourrais citer une trentaine de cas semblables. La sécrétion plus ou moins continue de HCl, la cessation ou le retour de ces accidents rendent compte des crises. En 1890, j'ai insisté sur les symptômes de la maladie et démontré qu'il est toujours possible d'établir le diagnostic sans examen chimique, non seulement à la suite de l'action des médicaments alcalins : douleur à l'épigastre survenant quatre à cinq heures après le repas, à l'état de vacuité de l'estomac; douleur calmée par l'ingestion d'aliments ; vomissements glaireux non alimentaires. Le contenu stomacal est privé de viande; il renferme des végétaux, du pain. Le régime végétarien est donc contre-indiqué. Enfin, il existe une sensation de faim entre les repas et, quelquefois, de la gastrorrhagie. Il y a un état spasmodique de l'orifice pylorique, de la soif excitant à l'ingestion de grandes quantités de liquides; absence de fermentations putrides dans l'estomac. (L'antisepsie est reléguée au deuxième plan.) Vomissements et douleurs nocturnes.

Il résulte de ces signes les indications thérapeutiques suivantes :

1° *Supprimer les causes d'irritation de l'estomac par l'hygiène et l'alimentation*: Eviter les émotions, les préoccupations, le travail après les repas ; massage, exercice modéré ; suppression de l'alcool, du tabac, du thé, du café, des légumes en grandes quantités et des féculents. Bouveret montre que la viande est bien digérée. Donner aux repas de la viande, des œufs, des laitages ; prendre la nuit un petit repas.

2° *Réduire l'acidité du suc gastrique*: Alcalins à hautes doses, jusqu'à 20-35 grammes par jour, sans crainte de la cachexie alcaline. Je formule comme suit :

Bicarbonate de soude.	50 gr.
Craie préparée	10 gr.

pour 30 paquets : 2 paquets toutes les heures après chaque repas, pendant 4 heures. Cette médication arrête les vomissements dans les cas graves d'hyperchlorhydrie; elle neutralise l'hyperacidité gastrique. Aucun autre médicament ne l'arrête ainsi.

3° *Prévenir et combattre les complications* : Ulcère de l'estomac, gastrorrhagie, dilatation. Dans ce dernier cas, le lavage rond des services: ce nettoyage empêche l'ectasie.

Je pense qu'on peut classer les dyspepsies en deux groupes.

1° Troubles de la sécrétion gastrique: A, hyperchlorhydrie; B, hypochlorhydrie.

2° Troubles de la motilité: A, dilatation primitive; B, dilatation secondaire.

M. Dujardin-Beaumetz. — Je crois que M. Huchard est en désaccord avec lui-même. Un point domine tout : c'est la question de l'alimentation. M. Huchard annihile l'acidité par les alcalins, et de l'autre côté il produit de l'acidité en donnant de la viande. Plus on donne de viande à l'estomac, plus il fait de suc gastrique ; à tel point que, dans l'ulcère de l'estomac, où il y a hyperchlorhydrie, on donne du lait. Je crois que M. Huchard donnerait peu de viande dans l'ulcère de l'estomac. L'ulcère est une période de l'hyperchlorhydrie. L'argumentation de M. Huchard est celle-ci : on trouve des féculents dans l'estomac, donc il ne faut pas en donner ; il aurait pu dire que le malade hyperchlorhydrique mange de la viande et est soulagé. Que fait l'estomac? il digère la viande; mais aussitôt il sécrète du suc gastrique. C'est un soulagement analogue à celui que nous obtenons chez l'alcoolique qui tremble en lui donnant de l'alcool. La loi qui domine la thérapeutique est qu'il faut le repos de l'organe malade. Nous ne pouvons donner qu'un repos relatif au cœur et à l'estomac. Nous tâchons de ne faire vivre le malade atteint d'irritation stomacale que par la digestion intestinale. C'est le régime végétarien ou le régime lacté, ou le traitement alcalin qu'il faut prescrire.

Des cas qu'a cités M. Huchard, Reichmann n'en accepterait aucun. Reichmann et Bouveret n'ont guéri aucun des malades qu'ils ont observés. Dans la maladie de Reichmann il y a toujours de la dilatation de l'estomac, et on voit le malade marcher toujours vers la cachexie, puis vers la mort. Or M. Huchard a guéri ses malades. Au point de vue de la classification des dyspepsies, je crois que nous ne nous entendrons jamais. Je divise les dyspepsies en dyspepsies nerveuses, motrices et chimiques, avec exagération ou diminution de chacun de ces états. En somme, il n'y a que deux sortes de dyspepsies : 1° par exagération ; 2° par diminution de l'irritation des atoniques.

M. Huchard. — J'ai cité, au commencement, des observations dans lesquelles la médication a guéri les malades. J'ai observé des malades ayant de l'hyperchlorhydrie sans dilatation ou avec dilatation qui ont fini par disparaître. Bouveret les a observées à une période plus avancée. M. Dujardin-Beaumetz prescrit aussi le régime végétarien dans l'anachlorhydrie.

M. Dujardin-Beaumetz. — J'ordonne le repos de l'estomac dans l'anachlorhydrie pour prévenir les putréfactions ; c'est pour cela que je ne donne pas de viande qui y séjourne et devient fétide.

M. Huchard. — Je ne donne pas exclusivement de la viande, mais aussi des légumes en petites quantités; mais chez les hyperchlorhydriques, c'est la viande qui est le mieux digérée. L'ulcère de l'estomac est une des conséquences de l'hyperchlorhydrie, mais ce n'est plus l'hyperchlorhydrie.

M. Dujardin-Beaumetz. — Je crois qu'une des bases du traitement des maladies de l'estomac, c'est le régime végétarien. Il n'y a qu'une maladie où il y ait hyperchlorhydrie constante : c'est l'ulcère de l'estomac. C'est bien l'hyperacidité de l'estomac qui produit l'ulcère. Quand on donne des aliments liquides et végétaux à l'estomac, ces aliments passent dans l'intestin. L'alimentation distend, mais ne dilate pas l'estomac. Il faut qu'il y ait un état primitif du système nerveux ou de la fibre musculaire de l'estomac. On trouve dans l'estomac des hyperchlorhydriques des lentilles, des haricots, mais pas de reste de purées ; en somme c'est une affaire de cuisine.

A. Raoult.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE.

Séance du 6 décembre 1892. — Présidence de M. Parent.

Tuberculose de la conjonctive bulbaire.

M. Vignes. — J'ai observé chez un jeune garçon d'une dizaine d'années une affection ulcéreuse de la conjonctive bulbaire. L'examen bactériologique ne révéla pas la présence du bacille tuberculeux. Un fragment du tissu cicatriciel de l'ulcération et une petite quantité de pus introduits dans la chambre antérieure des yeux d'un lapin produisirent une iritis tuberculeuse caractéristique, et en même temps on vit appa-

raître dans le cul-de-sac inférieur un follicule tuberculeux qui avait la même structure que le follicule tuberculeux.

Ceci démontre qu'il ne faut pas se contenter d'examiner le pus ; il convient d'examiner un fragment de la plaie ulcéreuse. La tuberculose de la conjonctive peut être primitive. En détruisant le foyer tuberculeux on peut empêcher la généralisation de l'infection.

M. Gorecki. — *Lymphadénome de la conjonctive.* — Chez une femme de soixante ans, j'ai pratiqué l'ablation d'un ptérygion qui offrait au microscope la structure du lymphadénome. Déjà il y a une quinzaine d'années, le même diagnostic avait été porté au sujet d'une tumeur de même nature. Dans aucun de ces deux cas il n'y a eu de récidive.

M. Despagnet. — *Arrachement du globe oculaire.* — Les faits d'arrachement du globe de l'œil sont très rares. M. de Wecker et M. Gillet de Grandmont en ont cité quelques cas à la séance du 7 octobre 1890. La pièce que je présente provient d'un homme de 35 ans, alcoolique, qui était poursuivi par l'idée fixe de s'arracher les yeux. Dans un accès de *delirium tremens*, il arracha son œil gauche en passant le pouce par derrière du côté de la tempe. Quel est le lieu de rupture des attaches du globe oculaire? Voilà le point intéressant qui me suggéra ce fait. Etant donné que le nerf optique a une longueur de trois centimètres, il est vraisemblable que, dans cette pièce il existe en totalité. Des expériences faites sur le cadavre, M. de Wecker avait conclut qu'il est impossible d'arracher le nerf près du trou optique, excepté pourtant dans les cas où l'action porte sur le point d'insertion des muscles droits et de la gaine du nerf optique. Il en est tout autrement sur la pièce que voici. La rupture eut lieu près du trou optique ; mais les muscles se sont déchirés au niveau de leur insertion avec leur tendon antérieur. Ce dernier seul est resté adhérent au globe oculaire. L'hémorrhagie qui a suivi cet arrachement a pu facilement être arrêtée par la compression; il n'y a eu aucune complication inflammatoire.

M. Mutermilsch (de Varsovie) adresse à la Société un travail sur *la nature du trachome.*

M. Belliard présente un *modèle d'instruction sur la myopie*, qu'il propose de faire afficher dans les écoles.

Au nom de M. Laforest, M. Vignes présente un malade atteint d'une *forme anormale de synchisis étincelant.*

M. Jocqs expose un *nouveau procédé de ptosis* et présente une jeune fille à laquelle il l'a appliqué. E. Koenig.

BIBLIOGRAPHIE

De l'oophorectomie bilatérale comme moyen curatif de l'ostéomalacie; par le Dr E. Kummer, chirurgien de l'hôpital Butini (*Revue médicale de la Suisse romande*, 10 juillet 1892).

Voici le résumé de l'observation qui forme la base de ce mémoire. Mme K..., âgée de 39 ans. Réglée à 16 ans, tous les mois pendant huit jours. Mariée à 20 ans, elle a eu sept enfants, le dernier il y a trois ans. Accouchements normaux, tous les enfants ont été élevés au sein. Toujours bien portante et bonne nourriture. Il y a huit ans, début de la maladie, alors qu'elle habitait un appartement très humide. Elle a senti des douleurs dans les deux jambes, ce qui a rendu la marche pénible. Les douleurs augmentent pendant la cinquième grossesse ; après l'accouchement, les douleurs diminuent sans disparaître. Pendant la sixième grossesse, les douleurs redeviennent très fortes dans les jambes, le bassin et les reins ; les derniers mois de la grossesse se passent au lit. Après l'accouchement, les douleurs persistent. De même, il y a eu une aggravation pendant la septième et dernière grossesse. Depuis six mois, elle est presque continuellement alitée. De plus, elle a eu deux ménorrhagies assez graves.

Au mois de mars 1892, la malade était dans un très mauvais état général. Le ventre est proéminent, il y a une cyphose lombaire très considérable ; l'utérus est presque entièrement senti au-dessus du pubis. Vu de derrière, le sacrum semble aplati de haut en bas, les crêtes iliaques sont très saillantes ; la région trochantérienne présente un enfoncement considérable. En avant, la symphyse forme comme un bec. Par le toucher, les branches ascendantes sont tellement rapprochées qu'on n'y peut placer l'index; les ischions sont distants de deux travers de doigt ; le coccyx arrive au niveau de la ligne bi-ischiatique ; le sacrum présente une excavation profonde ; le promontoire est si saillant qu'on a de la peine à loger un doigt entre lui et le bec du pubis. L'attouchement de la région du bassin et des parties latérales du thorax est sensible. Il s'agissait dans ce cas d'ostéomalacie, et, vu l'inefficaeité du traitement médical prolongé, l'auteur tente l'opération de Fehling, c'est-à-dire l'oophorectomie bilatérale, le 9 avril 1892.

La malade a guéri rapidement de l'opération ; les douleurs du bassin et des reins ont disparu rapidement ; les douleurs des jambes ont persisté plus longtemps ; la marche a pu être reprise, l'état général s'est beaucoup amélioré ; elle a pu reprendre ses occupations domestiques, quoique aucun traitement médical n'ait eu lieu depuis l'opération.

L'auteur fait suivre cette observation de plusieurs remarques sur la nature et le traitement de l'ostéomalacie. Ses conclusions sont que l'ostéomalacie est une maladie rare, dont la nature nous est inconnue, et que, par suite, il ne pourrait y avoir lieu d'appliquer un traitement rationnel; on est obligé de s'en tenir aux moyens empiriques ; parmi ces moyens se trouve l'ovariotomie double. On a remarqué que l'ostéomalacie était une maladie se présentant en grande majorité chez les femmes ; que la maladie débute ou s'aggrave pendant la grossesse; on en a conclu que c'était une maladie des mères et que la stérilisation serait un moyen curatif ; c'est une erreur, car on a vu des nullipares, même des vierges, atteintes d'ostéomalacie. Mais on a remarqué que les femmes soumises à l'opération césarienne pour rétrécissement du bassin guérissaient de l'ostéomalacie quand on extirpait la matrice et les ovaires ; la guérison n'avait pas lieu, au contraire, si on se contentait de la suture.

C'est à la suite de ces faits que le Pr Fehling, de Bâle, a proposé et exécuté l'ovariotomie comme moyen curatif de l'ostéomalacie. L'auteur rapporte, dans ce mémoire, 38 observations, à la suite desquelles, sauf un cas de mort, une amélioration très notable s'est produite.

Parmi les observations rapportées, il n'y en a pas de française, comme le fait remarquer l'auteur ; cela tient à ce que l'ostéomalacie est rare dans notre pays; cependant, comme on peut encore en rencontrer quelques cas, il m'a paru intéressant de faire connaître les résultats éloignés des opérations de Fehling, et le mémoire du Dr Kummer m'évite d'insister à ce de vue. R. Sorel.

Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale ; par E. Ziegler. Traduit sur la 6e édition allemande et annoté par Augier et Van Ermenghem. — Bruxelles, Manceaux, 1892, vol. 1.

Le traité d'anatomie pathologie de Ziegler est très populaire en Allemagne où sa vogue a remplacé celle du grand traité dogmatique de Rendfleisch. Il mérite cette popularité par une grande rigueur de classification et une largeur de vues qui se manifeste dans les conceptions philosophiques de l'auteur. La biologie générale, la physiologie et la chimie organique ont été mises à contribution par lui pour expliquer et commenter l'anatomie pathologique elle-même; enfin un souci constant de la nouveauté lui a fait ajouter à chaque édition les notions nouvelles qui avait pu se produire. Les chapitres consacrés aux maladies infectieuses et aux tumeurs sont particulièrement frappants à ce point de vue. MM. Augier et Ermenghem ont donc rendu service au public français en publiant une traduction nécessaire et attendue. Mais leur rôle ne s'est pas borné là. Ils ont fait compléter la bibliographie qui suit chaque chapitre et qui est toujours incomplète au point de vue des auteurs français dans les ouvrages allemands, et ils ont résumé dans des additions critiques, dont beaucoup donnent des chapitres extrêmement intéressants, quelques-unes des questions controversées qu'effleure en passant le professeur de Fribourg.

Le livre a été édité avec un souci particulier, surtout au point de vue des gravures, qui sont excellentes et rendent tout à fait compte des préparations telles que nous les obtenons maintenant. Aussi attendons-nous avec impatience la publication du second et dernier volume. A. Pilliet.

VARIA

Le Choléra et le Comité d'hygiène publique de France.

Nous lisons dans la *Semaine médicale* du 14 décembre 1892 ce qui suit : « Le compte rendu hebdomadaire des séances du Comité consultatif d'Hygiène publique de France publié régulièrement par le *Journal officiel* contient des renseignements sur l'épidémie de choléra dans les *divers pays* ; mais, depuis plus d'un mois, ce compte rendu est muet en ce qui concerne la *France*... Pour ne pas exposer notre pays à des suspicions de ce genre, nous croyons qu'il serait bon que la Direction de l'hygiène publique au Ministère de l'Intérieur mît la publication officielle de l'état sanitaire intérieur à l'abri de tout reproche. »

C'est la thèse que nous avons soutenu..., sans succès ; d'ailleurs ce n'est pas la première fois que nous insistons sur les lacunes de ce compte rendu. Il faut tout signaler ou ne rien publier, sinon le public peut être amené à faire toutes les suppositions possibles. Il s'agit là de faits d'une importance capitale, qu'on ne doit point céler, si l'on désire intéresser les médecins aux progrès de l'hygiène publique en France et ne pas amener la dépréciation à l'étranger des documents statistiques publiés par nos administrations. (V. p. 510.)

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des étudiants reçus Docteurs en médecine pendant le mois de novembre. (Année scolaire 1892-1893).

FAGUET. *Troubles moteurs consécutifs aux traumatismes anciens du crâne et de leur traitement par la trépanation.* — DAVID. *Contribution à l'étude de la méthode sclérogène. Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par les injections périarticulaires de chlorure de zinc.* — BRUN-BOURGUET. *Contribution à l'étude des fractures du condyle externe de l'humérus chez l'enfant, leur consolidation vicieuse, traitement de cette complication par l'ostéotomie linéaire* — MOREL. *Etude historique, critique et expérimentale de l'action des courants continus sur le nerf acoustique à l'état sain et à l'état pathologique.* — CAILLARD. *Contribution à l'étude des troubles viscéraux chez les eczémateux.* — MESLET. *Contribution à l'étude des névromes plexiformes.* — NOGUÉ. *Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse.* — AVEROUS. *Contribution à l'étude du traitement de l'infiltration urineuse.* — DAMIAN. *Recherche ssur la question de l'âge dans le mariage.* BURAIN. *Phthiriase des paupières.* — HAZARD. *Etude sur la syphilide pigmentaire.* — GIRAUD. *Sur les lichénifications des téguments.* — LAURENT. *Des états seconds ; variations pathologiques du champ de la conscience.* — BARRAU. *Des troubles musculaires dans la neurasthésie.* — LALLEMANT. *Contribution à l'étude de l'hypertrophie des amygdales et de son traitement par la cautérisation ignée.*

Pharmaciens contre Pharmaciens.

Les étudiants en pharmacie sont allés, l'autre soir, aux environs de la Bastille, faire une manifestation devant une pharmacie. Ils étaient environ cent cinquante. Ils ont flétri, sur l'air des *Lampions*, la conduite du directeur de cette pharmacie, mais ont respecté, cette fois, ses vitrines et ses bocaux. Nous disons « cette fois », car il n'en fut pas toujours ainsi. Il y a deux ans, une première manifestation, dirigée contre le même établissement, eut lieu. Les étudiants ne se contentèrent point de faire du tapage ; ils brisèrent à peu près tout, vitres, comptoir, flacons, chez le pharmacien en question (*Temps*).

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 19. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Retterer, Sebileau. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Straus, Marie, Gaucher. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Déjerine — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) : Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Delbet, Tarnier.

MARDI 20. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Cornil, Mathias-Duval, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Panas, Nélaton, Bar. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*) (2e *série*) : MM. Tarnier, Le Dentu, Quénu. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*), Chirurgie, Charité (1re *série*) : MM. Guyon, Schwartz, Albarran. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*), Chirurgie, Charité, (2e *série*) : MM. Le Fort, Duplay, Brun. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*), Charité : MM. Peter, Gilbert, Marfan.

MERCREDI 21. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Jalaguier, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Ribemont-Dessaignes, Tuffier.

JEUDI 22. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Charrin. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Joffroy, Gilbert.

VENDREDI 23. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Netter. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tillaux, Ricard, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*), Chirurgie, Charité : MM. Marchand, Tuffier, Delbet. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*), Charité (1re *série*) : MM. Straus, Brissaud, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*), Charité, (2e *série*) : MM. Joffroy, Marie, Gaucher. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*), Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Lejars, Varnier.

SAMEDI 24. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Peter, Debove, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*), Hôtel-Dieu (1re *série*) : MM. Bouchard, Chantemesse, Charrin. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*), Hôtel-Dieu (2e *série*) : MM. Laboulbène, Ballet, Menestrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*), Obstétrique, Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Bar, Quenu.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 21. — M. Brun. Contribution à l'étude des exostoses ostéogéniques. — M. Vic. De la scoliose hystérique. — M. Mourtret. Considérations sur les anévrysmes diffus compliquant les fractures de jambe. — M. Dumont. Du traitement des calculs vésicaux chez les enfants. — M. Steeg. Période prémonitoire du rhumatisme aigu. — M. Sounie-Moret. De la recherche toxicologique de la cocaïne. — M. Delansorne. Manifestations syphilitiques récidivantes *in situ*. — M. Brion. Etude sur 530 cas d'avortement.

JEUDI 22. — M. Abramovitsch. Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie cholérique. — M. Faucillon. Des kystes séreux du pancréas. — M. Cornil. De l'endocardite dans l'infection tuberculeuse. — M. Vautier. Contribution à l'étude des crises de tétanie, dans la dilatation stomacale. — M. Schwartz. Dermatoses liées aux troubles gastro-intestinaux chez les enfants. — M. Legras. Du traitement des fistules à l'anus par l'excision et la suture. — M. Dejean. De la bronchite pseudo-membraneuse chronique. — M. Terson. Les glandes acineuses de la conjonctive et les glandes lacrymales. — M. Gotchaux. De la symphyséotomie.

Enseignement médical libre.

Conférences d'internat. — MM. MICHON, GUÉPIN, LEVI (Léopold) et PÉRON, internes des hôpitaux, commenceront une conférence d'internat à l'Hôpital Laënnec le mercredi 11 janvier, à 3 heures, et la continueront les samedis suivants.

FORMULES

XI. — Traitement médicamenteux de l'érysipèle.
(Vichhorst-Kœnig.)

Acide phénique	2 grammes
Essence de térébenthine. . . .	30 —

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 4 déc. 1892 au samedi 10 déc. 1892, les naissances ont été au nombre de 1123 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 423 ; illégitimes, 159, Total, 582. — *Sexe féminin :* légitimes, 379 ; illégitimes, 162. Total, 541.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 4 déc. 1892 au samedi 10 déc. 1892, les décès ont été au nombre de 953 savoir : 502 hommes et 441 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 4, T. 9. — Variole : M. 2, F. 0, T. 2. — Rougeole : M. 4, F. 2, T. 6. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 5, F. 3, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 16, F. 19, T. 35. — Affections cholériformes : M. 3, F. 1, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 110, F. 69, T. 179. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 9. T. 28. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 3, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 7, F. 27, T. 34. — Méningite simple : M. 10, F. 18, T. 28. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 21, T. 43. — Paralysie, M. 3, F. 8, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 7, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 26, T. 57. — Bronchite aiguë : M. 21, F. 18, T. 39. — Bronchite chronique. M. 15, F. 15 T. 30. — Broncho-Pneumonie : M. 19, F. 10, T. 29, — Pneumonie : M. 21, F. 17, T. 38. — Gastro-entérite, biberon : M. 27 F. 16, T. 43 — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 8, T. 13. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 0, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 19, F. 18, T. 37. — Sénilité : M. 14, F. 37, T. 44. — Suicides : M. 10, F. 3,

T. 13. — **Autres morts violentes** : M. 6, F. 9, T. 15. — **Autres causes de mort** : M. 91, F. 82, **T.** 173. — **Causes restées inconnues** : M. 5, F. 0, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 80, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 16. Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 12. Total : 36.

Faculté des sciences de Lyon. — Un congé d'un an, à partir du 1er novembre 1892, est accordé sur sa demande à M. Morel, chef des travaux du laboratoire de chimie appliquée à la Faculté des sciences de Lyon.

Facultés de médecine. — *Boursiers près les Facultés de médecine.* — Du 28 novembre, sont nommés pour un an, à compter du 1er novembre 1892, boursiers près des Facultés de médecine ci-après désignées, les candidats au doctorat dont les noms suivent. *Faculté de Paris.* 1re *année*: MM. Couvelaire (Alexandre-Adrien-Marie), le père chargé de cours au lycée de Vendôme, 3 enfants, bourse entière ; Cornu (Marie-Georges-Victor), le père instituteur en retraite à Champlost (Yonne), 2 enfants, bourse entière. — 2e *année*: MM. Monod (André-Jean-Louis), le père pasteur à Paris, 9 enfants, demi-bourse ; Bouvet (Gaston-Jean), le père employé d'administration à Neuilly-sur-Seine, 2 enfants, demi-bourse ; Roux (Jean-Charles), le père pasteur à Châteauroux, 2 enfants, demi-bourse ; Simon (Théodore), orphelin, aucune ressource, bourse entière. — 3e *année* : MM. Sauvage (Camille), le père comptable à Paris, 2 enfants, demi-bourse ; Weill (Emile-Ruben), le père sans profession à Paris, 8 enfants, demi-bourse ; Guillermin (Auguste-Francisque), le père voyageur de commerce à Chambéry, demi-bourse. — 4e *année*: MM. Nordmann (Benoît), le père horloger à Saint-Imier (Suisse), 5 enfants, bourse entière ; Oppenot (Eugène), la mère veuve à Sens, 4 enfants, demi-bourse ; Gosset (Antoine-Louis-Charles), la mère veuve à Paris, 4 enfants, bourse entière ; Noirot (Jules-Gustave), la mère veuve à Bar-sur-Aube, bourse entière ; Dujarrier (Louis-Charles-Antoine-Adrien), le père proviseur du lycée d'Albi, 5 enfants, demi-bourse ; Proudhon (Eugène-Pierre), le père cultivateur à Saint-Ciergues (Haute-Marne), 9 enfants, bourse entière. — 5e *année*: MM. Martin (Charles-Marie), le père forgeron à Morannes (Maine-et-Loire), 2 enfants, bourse entière ; Morel (Jean-Pierre-Marie-Jules), le père cultivateur à Saint-Front (Haute-Loire), 2 enfants, bourse entière ; Wiart (Pierre-Eugène), la mère veuve à Caen, 9 enfants, bourse entière ; Poix (Jean-Marie-Gaston), le père instituteur en retraite à Saint-Mars-d'Outillé (Sarthe), bourse entière ; Baruk (Jacques-Nessin), orphelin, le frère aîné employé de commerce au Caire (Egypte), demi-bourse ; Vassal (Marius), orphelin, demi-bourse.

Faculté de Bordeaux. 2e *année*: M. Mage (Pierre-Hippolyte-Emile), le père receveur des contributions indirectes à Brives (Corrèze), 3 enfants, demi-bourse. — 3e *année* : MM. Bousquet (Paul-Jean-César), la mère veuve à Périgueux, 4 enfants, demi-bourse entière ; Brien (Jean-Henri), le père cultivateur à Coutras (Gironde), 2 enfants, demi-bourse. — 4e *année* : M. Brindel, (Edouard Victorien-Aimé), le père instituteur à Ambrugart (Corrèze), 6 enfants, bourse entière.

Faculté de Lille. 4e *année*: M. Doizy (Henri-Louis-Aimé), le père peintre en bâtiments à Charleville (Ardennes), 3 enfants, demi-bourse

Faculté de Lyon. 1re *année*: M. Cohen-Solal (Abraham), orphelin, le frère aîné professeur au lycée d'Oran, bourse entière. — 3e *année*: M. Dupont (Antoine-François-Elie), le père cultivateur à Brienon (Loire), 5 enfants, demi-bourse ; M. Conso (Pierre-Antoine), le père ouvrier typographe à Nice, demi-bourse.

Faculté de Montpellier. 4e *année*: MM. Mocquot (Adolphe-Emile), la mère veuve à Montpellier, 2 enfants, demi-bourse ; Blanc (Hippolyte-Marc), la mère veuve à Brioude (Haute-Loire), demi bourse.

Faculté de Nancy. 1re *année*: M. Job (Emile), le père cultivateur à Cheminot (Alsace-Lorraine), 4 enfants, bourse entière. — 3e *année*: M. Husson (Albert-Charles-Laurent), le père cultivateur à Minorville (Meurthe-et-Moselle), 2 enfants, demi-bourse. — 5e *année*: M. Jacques (Lucien-Paul), le père sans profession à Nancy, ressources insuffisantes, 4 enfants, demi-bourse.

Faculté de Toulouse. 3e *année*: M. Lestrade (Louis-Albéric-Bertrand), le père cultivateur à Lamothe-Mauvezin (Gers), demi-bourse. — 4e *année* : MM. Cazade (Auguste), le père cultivateur à Ossun (Hautes-Pyrénées), 3 enfants, demi-bourse ; Ducros (Alexandre), la mère veuve à Saint-Girons (Ariège), 3 enfants, demi-bourse.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. 2e *année*: MM. Valentin (Albert-Auguste-Omer-Joseph), la mère veuve à Beaudricourt (Pas-de-Calais), 2 enfants, demi-bourse ; Grotard (Euriale), la mère veuve à Bruay-Thiers (Nord), 6 enfants, demi-bourse.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. 2e *année*: M. Chanoz (Antoine-Marius-Victor), le père menuisier à Montalieu (Isère), 2 enfants, bourse entière. — 3e *année*: MM. Lapras (Claudius-Jacques), la mère veuve à Saint-Galmier (Loire), 2 enfants, bourse entière ; Buffet (Emile-Lucien-Gustave), le père négociant à Moirans (Jura), 3 enfants, demi-bourse.

Ecoles de pharmacie. — *Boursiers près les Ecoles supérieures de pharmacie.* — Sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1892, boursiers près les Ecoles supérieures de pharmacie et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-après désignées, les candidats au grade de pharmacien de 1re classe et au diplôme supérieur dont les noms suivent :

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. 2e *année* : MM. Méténier (Eugène), le père cultivateur à Orval (Cher), 4 enfants, bourse entière ; Frouin (Charles-Louis-Léopold), orphelin, aucune ressource, bourse entière ; Savoir (Victor-Camille), le père aubergiste à Marchenoir (Loir-et-Cher), 4 enfants, demi-bourse ; Coutière (François-Louis), le père cultivateur à Saulzet (Allier), demi-bourse. — 3e *année* : MM. Topin (Jules-Léon), la mère veuve à Paris, bourse entière ; Cordier (Paul-Louis), la mère veuve à Paris, 2 enfants, bourse entière ; Tête (Nicolas-Célestin), le père cerclier à Marmagne (Côte-d'Or), 7 enfants, demi-bourse. — 4e *année*: MM. Bertrand (Gabriel-Emile), le père représentant de commerce à Paris, 2 enfants, demi-bourse ; Guérin (Guy), le père cultivateur à Marcey (Manche), demi-bourse ; Chevalier (Joseph-Marie-Théodore), le père ancien commerçant à Pithiviers (Loiret), 2 enfants, demi-bourse — *Diplôme d'honneur.* 1re *Section des sciences naturelles.* MM Cordier (Jules-Achille), le père secrétaire de la mairie à Raucourt (Ardennes), bourse entière ; Richaud (Albert-Alexandre-Louis), le père agent d'assurances à Aurillac, 3 enfants, bourse entière ; Laroulandie (François), le père épicier à Thiviers (Dordogne), demi-bourse. — 2e *Section des sciences physico-chimiques*: M. Delètre (Fernand-Paul), la mère veuve à Chazé-sur-Argos (Maine-et-Loire), 3 enfants, bourse entière.

Ecole supérieure de pharmacie de Nancy. 2e *année* : M. Geoffroy (Adolphe-Henri), le père cultivateur à Baalons (Ardennes), 4 enfants, bourse entière.

Faculté de médecine de Paris. — M. Nélaton, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pour l'année scolaire 1892-93, d'un cours de médecine opératoire à la dite Faculté. — Un congé sans traitement du 1er novembre au 30 décembre 1892 est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé à M. Tissier, préparateur du cours et des conférences d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris. — M. Hilat (Eugène-Victor), licencié ès sciences physiques, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-93, préparateur du cours de chimie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Hallopeau, démissionnaire.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1892-1893, des cours complémentaires ci-après désignés, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux : MM. Moussous, agrégé, clinique interne, maladie des enfants ; Boursier, agrégé libre, clinique des maladies des femmes ; Pousson, agrégé, clinique des maladies des voies urinaires ; Dubreuilh, agrégé, clinique des maladies syphilitiques et cutanées, en remplacement de M. Arnozoy ; Moure, docteur en médecine, maladies du larynx, des oreilles et du nez ; Rivière, agrégé, accouchements ; Denigès, agrégé, chimie, du 6 décembre. M. Messant (François-Gabriel-Camille), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, préparateur du Laboratoire d'histoire naturelle, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Fromaget, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Delezenne (Camille-Jean-Baptiste-Joseph), docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Surmont, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Bouveault, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, chef des travaux du Laboratoire de chimie organique et toxicologie, à la dite Faculté, en remplacement de M. Bayrac, appelé à d'autres fonctions. — M. Meschinet de Richemond (Charles-Lucien-Paul), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, préparateur du Laboratoire de physique à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Armel, dont les fonctions sont expirées. — M. Paviot, délégué dans les fonctions d'aide préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, préparateur d'anatomie pathologique à la dite Faculté, en remplacement de M. Bret, appelé à d'autres fontions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — *Thèses*. — M. CONTEJEAN soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 20 décembre, à neuf heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Contribution à l'étude de la physiologie de l'estomac. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La chaire de médecine opératoire de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — *Concours de chef de clinique chirurgicale*. — Après concours, M. Faguet, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, vient d'être nommé chef de clinique chirurgicale de la Faculté. Les questions qui ont été données sont : 1° *Médecine opératoire*: *Amputation sus-malléolaire* ; 2° *Anatomie pathologique* : *Fibrome du sein, sarcome de la peau, testicule tuberculeux* ; 3° *Epreuve clinique* : Examen de deux malades atteints, l'un de *syphilis du testicule* ; l'autre d'*ostéite tuberculeuse*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un congé, pour l'année scolaire 1892-1893, est accordé sur sa demande à M. Bédos, aide de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Montpellier.— M. MALZAC (Louis-Jean-Fernand), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, des fonctions d'aide de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Montpellier.—M. MOITESSIER, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, chef des travaux chimiques à la dite Faculté, en remplacement de M. Ville, appelé à d'autres fonctions. — M. RAYMOND, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Moitessier, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. HOCHE (Claude-Léon-Adolphe), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, préparateur de physiologie expérimentale à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Louviot, dont le temps d'exercice est expiré. — M. LAMBERT, préparateur de physique à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, chef des travaux pratiques de physiologie à la dite Faculté, en remplacement de M. Guillemin, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. JAMMES, licencié ès sciences naturelles, est maintenu, pour l'année scolaire 1892-93, dans les fonctions de préparateur de pathologie externe à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, en remplacement de M. Garres dont les fonctions sont expirées.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE JASSY. — M. le Dr Georges BLONDAN vient d'être nommé professeur de médecine légale.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — Un congé sans traitement, du 1er décembre 1892 au 31 octobre 1893, est accordé, sur sa demande, à M. Lefèvre, préparateur des travaux pratiques de chimie (1re année) à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. CHARON (Lucien-Ernest), licencié ès sciences physiques, est chargé, du 1er décembre 1892 au 31 octobre 1893, des fonctions de préparateur des travaux pratiques de chimie (1re année) à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — Sont nommés préparateurs à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens : MM. Boyeldieu (Fernand-Henri), chimie ; Lesquendieu (Charles-Adolphe-Joseph), pharmacie ; Flayelle (Paul-Philippe-Eugène-Joseph), histoire naturelle. M. Lenvel (Louis), suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Amiens, est prorogé, pour un an, dans ses fonctions.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. LAROULANDIE (François), pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. — M. THOUVENET (Pierre-Jean-Baptiste-Albert), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. FALLOURD (Joseph-Emile-Albéric) est nommé préparateur des cours de physique, d'histoire naturelle et de matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Schmitt, démissionnaire. — M. TOUAILLE DE LARABRIE, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale à la dite Ecole.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. BLOCH (Armand-Aaron), bachelier ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1892-93, aide-préparateur des travaux pratiques de chimie et de pharmacie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Baldy, dont les fonctions sont expirées.

ECOLE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — Le *Journal officiel* publie une longue instruction pour l'admission à l'Ecole de santé militaire de Lyon. Nous la reproduirons dans un de nos prochains numéros.

HOPITAUX DE PARIS.— *Surveillance municipale*.— L'incident Strauss-Salmon a eu son épilogue au Conseil municipal cette semaine. Pour assurer l'autorité du Conseil sur les hôpitaux, MM. Faillet et Dubois proposent de délibérer : « 1° Il y a lieu de créer des sous-commissions de contrôle et de perfectionnement dans les services de l'Assistance publique. » 2° A cet effet la 5e commission se subdivisera en six sous-commissions. Chacune s'adjoindra trois membres proposés par elle et pris dans l'ensemble du Conseil sur un vote par scrutin public. 3° Chaque année, un rapport sera présenté par un membre de la 5e commission, au nom de chaque sous-commission. 4° Une assemblée générale de toutes les sous-commissions aura lieu deux fois par an au sein de la 5e commission. » M. le directeur de l'Assistance publique a contesté la légalité de ces mesures.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat*. — Les concurrents appelés sous les drapeaux ont fait leur épreuve orale. Questions posées: 1re Séance. *Crosse de l'aorte*; *Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique*. 2e Séance. *Artère fémorale*; *Symptômes de la coxalgie*.

HÔPITAL D'IVRY ET LAÏCISATION. — Il règne en ce moment une petite agitation à l'hospice des Incurables d'Ivry. Cette agitation serait fomentée par certains comités fondés dans le but d'obtenir la réintégration des sœurs dans les hôpitaux. Ces comités ont envoyé des agents et fait apposer des affiches dans divers quartiers. En même temps des pétitions ont été déposées chez des débitants du pays. Une gratification de 5 centimes serait donnée à chacun des hospitalisés qui mettrait sa signature sous ces pétitions, par lesquelles on réclame la réintégration des religieuses à l'hospice des Incurables. Les comités profiteraient, paraît-il, du mécontentement des hospitalisés, lesquels se plaindraient surtout de la préparation de la nourriture.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Samedi dernier, pendant que des amateurs donnaient, dans un asile d'aliénés de Birmingham, la représentation d'une œuvre dramatique intitulée : *Guerre au couteau*, un fou, qui n'était pas considéré comme dangereux et qui avait été laissé en liberté dans l'une des salles, brisa le crâne des deux autres fous. Il allait en tuer un troisième quand le concierge, attiré par le bruit, intervint et put s'emparer du forcené. Pendant que ce drame s'accomplissait, la représentation continuait, absorbant l'attention de tout le monde.

ACADÉMIE DES SCIENCES.— A l'Académie des sciences, M. Edmond Perrier, profr au Muséum, a été élu membre, en remplacement de M. Quatrefages, par 38 voix contre 12 données à M. Vaillant, 5 à M. Dareste et 4 à M. Fischer.

ASSOCIATION DES ANCIENS INTERNES DE BORDEAUX.— On nous apprend qu'un certain nombre d'anciens internes des hôpitaux de Bordeaux, ne voulant pas rester étrangers au mouvement mutualiste, ont décidé de se grouper sous le nom : « d'*Association médico-chirurgicale d'anciens internes des hôpitaux de Bordeaux* », pour donner leurs soins aux Sociétés de Secours mutuels. A la suite d'une première réunion, un comité d'initiative a été constitué et d'ici peu de jours le projet de statuts de la nouvelle Société sera porté à la connaissance de tous les anciens internes des hôpitaux de Bordeaux, habitant cette ville, au concours desquels il sera fait appel comme membres d'honneur ou comme membres actifs.

CHOLÉRA. — *Belgique*. Du 27 novembre au 3 décembre, 4 décès à Bruxelles: 4 dans l'agglomération bruxelloise; 1 à Anvers; 3 à Gand; 3 à Malines; 2 à Bruges; 1 à Quaregnon; 3 à Boom.

France. — Les journaux politiques continuent à enregistrer des cas de choléra, en petit nombre, il est vrai, à Lorient. A Paris, l'épidémie semble à peu près complètement terminée.

Espagne. — Les mesures sanitaires appliquées aux voyageurs entrant en Espagne sont supprimées, elles sont maintenues pour les marchandises venant des pays contaminés. Quant aux fruits et

chiffons de même provenance, ils continuent à être prohibés. Un seul des médecins attachés au poste sanitaire reste à Port-Bou pour assurer la désinfection des marchandises. Les deux autres partent aujourd'hui et le Dr Galcera, chef du poste, quitte demain. On pense que les formalités sanitaires appliquées aux marchandises ne tarderont pas à être supprimées également.

Faux docteurs en Suisse. — Il y a trois ans, on vola le sceau universitaire, vissé au balancier sous lequel passent les diplômes accordés aux docteurs de l'Université de l'Aar, à Berne. On fit des recherches inutiles, puis on apprit qu'un *privat docent*, du nom de Von Ganting, qui avait donné quelques cours sur l'histoire de la musique, était l'auteur du vol. Von Ganting se rendit de Berne en Autriche; il réussit à doter la Hongrie d'un nombre énorme de nouveaux savants, docteurs de l'Université de l'Aar. De Hongrie, Von Ganting explora le Tyrol, mais on le surveillait; il jugea à propos de s'éclipser. On ne savait ce qu'il était devenu lorsque des lettres de Londres signalèrent ses manœuvres; il avait des intermédiaires qui l'aidaient dans sa besogne. Von Ganting opérait avec beaucoup d'habileté : il faisait savoir à tel ou tel étudiant, fils de famille, qu'un usage séculaire qu'on avait un peu restreint pour cause d'abus, permettait à l'Université de Berne d'honorer des savants étrangers. Presque toujours l'affaire réussissait. Von Ganting était sévère; il exigeait des certificats d'études, il n'accordait des diplômes qu'après des délais et formalités. Enfin, après dépôt d'émoluments de chancellerie et autres, le diplôme était délivré. Von Ganting touchait, suivant le cas, 20 livres pour lui et 20 pour l'Université. La police anglaise fut prévenue : elle sut filer le personnage avec beaucoup d'habileté; il a été arrêté le 31 octobre, à son domicile, où on a trouvé un nombre considérable de formulaires, beaucoup d'argent, mais pas le grand sceau. Le Conseil fédéral va demander l'extradition de ce dangereux faussaire (*Pratique médicale*, p. 586).

Infirmiers et Infirmières des Hopitaux. — A l'une des dernières séances du Conseil municipal, M. Chauvières a proposé que les infirmières laïques qui ont fait preuve de dévouement pendant l'épidémie cholérique soient reçues en séance solennelle par le Conseil. Cette proposition a été prise en considération et renvoyée pour exécution au bureau.

Laïcisation de l'hôpital Saint-Louis. — MM. Charles Péan et Faillet ont appelé l'attention du Conseil municipal de Paris sur des faits de propagande cléricale qui se seraient passés à l'hôpital Saint-Louis. Tout en souhaitant que M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, fasse le nécessaire pour empêcher le retour de faits semblables, ils ont invité le Conseil à s'entendre avec les pouvoirs compétents pour assurer à bref délai la laïcisation de l'hôpital Saint-Louis.

L'Assistance publique au XVIe Siècle. — M. Prudhomme, archiviste de l'Isère, a donné lecture, au dernier Congrès des Sociétés Savantes (juin 1892), d'une étude intéressante sur l'*Assistance publique à Grenoble au commencement du seizième siècle*. Il a exposé de quelles ressources disposaient alors les consuls de Grenoble pour le soulagement de la misère et pour quelles raisons les différents hôpitaux de cette ville, mal administrés par leurs recteurs ecclésiastiques, ne parvenaient pas à jouer un rôle utile. Depuis 1519, les consuls demandèrent constamment une réorganisation des hôpitaux, la réunion de tous les patrimoines hospitaliers et le remplacement des recteurs par un conseil de bourgeois. En attendant cette réforme, ils créèrent dans le conseil consulaire une commission de surveillance des hôpitaux, laquelle n'eut d'abord que des attributions financières, puis peu à peu élargit son rôle, s'ingéra dans l'administration des biens et dans la direction du service intérieur, et enfin devint permanente. Le 25 novembre 1545, un arrêt du Parlement de Grenoble consacra la création de cette commission et remit entre ses mains les patrimoines réunis de tous les hôpitaux et confréries de Grenoble. M. B.

La lèpre a Londres. — Le *Daily News* est informé qu'il y a un cas de lèpre grave à Londres. Le malheureux est un Anglais, né aux Indes, où il a servi pendant plusieurs années dans le département des travaux publics. Il venait d'être promu au rang d'assistant de 1re classe, lorsque le mal, dont il ignorait encore la nature, l'envahit et le força à se rendre en Angleterre pour s'y faire soigner. Ce ne fut qu'à son arrivée à Londres qu'on lui fit connaître la cause de ses souffrances. Ses pieds et ses mains sont mutilés au point que tout travail lui est impossible.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Thomas, médecin principal de 1re classe de la marine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur pour faits de guerre au Dahomey.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Hariot (Paul), chargé des fonctions de préparateur près la chaire de botanique (organographie et physiologie végétale) au Muséum d'histoire naturelle, est nommé titulaire de cet emploi. — M. Boule (Pierre-Marcelin), docteur ès sciences naturelles, est nommé préparateur de la chaire de paléontologie du Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Morlet, décédé.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — *Boursiers*. — Sont nommés boursiers, près le Muséum d'histoire naturelle, pour jouir pendant l'année scolaire 1892-1893 des bourses ci-après désignées, les jeunes gens dont les noms suivent.

Bourses d'Agrégation. Première année. — MM. Bordas (Léonard), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles; Gaubert (Marie-Paul-Benoit), docteur ès sciences naturelles; Guyot (François-Jean-Marie), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles; Pavillard (Jules-Pierre-Frédéric), licencié ès sciences naturelles; Ricôme (Hilaire-Paulin-Alexandre), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles.

Une prolongation de bourse est accordée pendant l'année scolaire 1892 1893 aux boursiers dont les noms suivent :

Deuxième année. — MM. Bonneau (Jules), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles; Campin (Pierre-François-Frédéric), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles; Gravier (Charles-Joseph), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles; Just (Laurent-Charles-Firmin), licencié ès sciences mathématiques, ès sciences physiques et ès sciences naturelles; Leroy (Georges), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles; Martin (Joanny), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles; Maugue (Camille-Antoine), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles; Peyrègue (Jean-Denis), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles.

Bourses de Doctorat. Première année. — MM. Glangeaud (Philippe), agrégé des sciences naturelles; Soum (Jean-Marcel), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles. — *Deuxième année*. — Mlle Ibos (Jeanne-Josèphe-Louise-Marie-Eugénie-Thérèse), licenciée ès sciences naturelles.

L'Alcoolisme en Suisse. — D'après les tableaux du Bureau fédéral de la statistique pour 1891, sur un total de 6,885 décès de personnes âgées de plus de vingt ans dans les quinze villes les plus populeuses de la Suisse, on en compte 425 dus à l'alcoolisme (366 hommes et 59 femmes), soit environ 6 pour 100. De ces 366 décès masculins, 188 se sont produits dans la classe ouvrière et 178 dans la classe cultivée; or, comme cette classe est bien moins nombreuse que la précédente, on voit combien l'alcoolisme y fait cependant des ravages plus considérables. En tablant sur les chiffres précédents, on trouve que plus de 2.500 personnes ont dû être victimes de l'alcoolisme, en Suisse, en 1891.

Les tatouages des indigènes tunisiens. — Pendant son long séjour en Tunisie, M. le Docteur Vercoutre a étudié les tatouages dont les indigènes tunisiens se couvrent les membres et aussi la face, et il a découvert le fait suivant : Les tatouages les plus parfaits représentent une figurine humaine, une sorte de poupée, vue de face, et tenant les bras étendus. M. le docteur Vercoutre a reconnu que cette figurine, restée inexpliquée jusqu'ici, n'est pas autre chose que la représentation, rigoureusement exacte et conservée par la tradition sans modification sensible, du petit mannequin qui, sur les monuments de la Phénicie et de Carthage, figure les bras étendus; ce que les archéologues ont nommé le « Symbole de la trinité punique », et que l'on rencontre, par exemple, sur les stèles phéniciennes, sur les stèles puniques et sur les lampes néo-puniques de Carthage. M. Ph. Berger est chargé par l'Académie des Inscriptions d'étudier ces représentations, que M. Vercoutre avait montrées à l'une des dernières séances de l'Académie.

L'Assistance médicale gratuite a la Chambre des Députés. — A l'une des dernières séances de la Chambre des Députés, l'ordre du jour a appelé la seconde délibération du projet de loi sur l'*assistance médicale gratuite* et de la proposition de loi de M. Dejardin-Verkinder, portant *création des hôpitaux hospices cantonaux*. Dans l'intérêt du vote rapide de la loi, de M. Brincard a retiré les amendements qu'il avait déposés. D'après M. Lorois, les dépenses de traitement des indigents sont évaluées à un chiffre trop peu élevé. M. Labrousse a répondu au nom de la Commission que ce chiffre a été pris sur la moyenne de 44 départements. Les divers articles et l'ensemble du projet ont été adoptés.

Médecins des Lycées. — *Lycée Condorcet*. — M. le Dr Léon Colonna-Ceccaldi est nommé médecin-adjoint du lycée Condorcet (petit lycée). — *Lycée d'Annecy*. Un nouveau congé d'inactivité, pendant l'année scolaire 1892-1893, est accordé, sur sa demande, à M. le Dr Thonion, médecin du lycée d'Annecy. — *Lycée d'Aurillac*. M. le D. Fleys est nommé médecin-adjoint du lycée d'Aurillac (emploi nouveau).

Prix Alvarenga de l'Académie de médecine de Philadelphie. — L'Académie de médecine de Philadelphie annonce

que le prochain jugement du prix Alvarenga, constituant le revenu du legs pendant une année, de feu Señor Alvarenga, et s'élevant à environ 180 dollars (900 fr.), aura lieu le 14 juillet 1893), après envoi à la Commission chargée de ce jugement, d'épreuves jugées dignes de ce prix. Ces épreuves peuvent traiter un sujet de médecine quelconque, mais non déjà publiés. Le secrétaire devra les recevoir jusqu'au 1er mai 1893. L'épreuve devra être envoyée sans signature, simplement marquée d'une devise et être accompagnée d'une enveloppe cachetée portant à l'extérieur la devise de l'ouvrage et à l'intérieur le nom et l'adresse de l'auteur. La condition est que cette épreuve ou une copie restera entre les mains de l'Académie ; les autres essais seront, sur la demande, retournées dans les trois mois qui suivent le jugement. Le prix Alvarenga pour 1892 a été adjugé au Dr R.-H.-L. Bibb de Saltillo (Mexico), pour son travail intitulé : Observations sur la nature de la lèpre. Le secrétaire. Ch. W. Dulles.

Académie de médecine. — *Prix Boulard.* — M. le préfet de la Seine transmet l'ampliation d'un décret du 8 novembre 1892, autorisant l'Académie à accepter le legs de 20,000 francs fait par Mme Hédouin. Les revenus de cette somme, placés en rente 3 0/0 sur l'Etat français, devront être affectés à un prix qui sera décerné, tous les deux ans, au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en arrêtant leur marche terrible. Ce prix portera le nom de « Prix Charles Boullard. »

Revue philosophique. — Sommaire du n° de décembre 1892. E. Lannes. Le mouvement philosophique en Russie; La philosophie de Hegel et les cercles politiques. — F. Paulhan: La composition musicale et les lois générales de la psychologie. Marillier ; La psychologie W. James (2e article). — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers.

Queen's University. — Le *Royal College of Physicians and Surgeons*, de Kingston, vient de faire fusion avec la Faculté de médecine du *Queen's College*, sous le nom collectif de *Medical Faculty of Queen's University*. Le personnel de la nouvelle Faculté se composera comme suit : *Médecine* : Drs Fowler, Henderson et Herald; *Chirurgie* : Drs Sullivan et T. Dupuis : *Anatomie* : Drs Garrett, Mundell et Ryan; *Obstétrique* : Dr K. N. Fenwick; *Pathologie:* Dr Anglin; *Otologie, Laryngologie et Ophtalmologie :* Dr Connell; *Biologie et Physiologie:* Drs Knight et Cunningham; *Chimie* : Drs Goodwin et Nicol.

Syphilis et Mariage. — Le *Weekly Medical Review* raconte que la cour d'Appel de l'Etat de Kentucky a tout dernièrement décidé que dans le cas d'une défense contre une action en dommages pour rupture de promesse de mariage, l'existence de la syphilis constitue une preuve complète à décharge, comme cela a, du reste, été déjà décidé par la Cour Suprême de la Caroline du Nord.

Université de Montpellier. — *Jardin Botanique.* — Dans le courant du mois de juin prochain, l'Université de Montpellier, ou plutôt les botanistes de cette ville, célèbreront le 3e centenaire de la fondation du jardin botanique, créé par Henri IV en 1593. Daléchamp, Bauhin, de l'Obel (Sobélius), Magnol, Gouan, A.-P. de Candolle, ont illustré la botanique à Montpellier; et nous ne pouvons qu'approuver la pensée de rappeler leurs travaux.

Nécrologie.—M. Cunisset, pharmacien en chef de la marine, qui vient de succomber à Toulon, était un petit-cousin fort éloigné de M. Cunisset-Carnot, avocat général à Lyon et gendre du président de la République. — M. le Dr G. Boyé (de Paris). — M. le Dr Leglaize (de Vichy). — Le corps de santé de l'armée de terre vient de perdre au Dahomey un des médecins signalés par le général Dodds pour sa brillante conduite pendant les opérations du corps expéditionnaire. M. le médecin aide-major de 1re classe Pied-premier a succombé à Kotonou quelques jours après son inscription d'office au tableau d'avancement pour le grade supérieur. Il venait de ramener à la côte le convoi des blessés du bataillon étranger. — Dans son dernier numéro, la *Gazette des Hôpitaux* a annoncé le décès de notre sympathique confrère, notre compatriote et notre ami, le Dr Chevallereau, rédacteur en chef de la *France médicale*. Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que le distingué chirurgien-oculiste des Quinze-Vingts est en parfaite santé. — M. le Dr A[illegible]GÉ (de Narbonne). — M. le Dr Garreau, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille, décédé à 80 ans. — M. le Dr Luigi Amabile, ancien professeur d'anatomie pathologique à Naples, vient de mourir. — M. le Dr Bonalumi, professeur d'hygiène militaire à l'Université de Florence et médecin en chef du 10e Corps d'armée italien. — M. le Dr Filipponi Umberto (de Rome). — M. le Dr Ciancia Innocenzo (de Genève). — M. le Dr C. Scudellari (de Vérone). — M. le Dr A. Melegari (de Brescia). — M. le Dr C. Catania (de Moncasina, Brescia).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 52. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 24 DÉCEMBRE 1892.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Du rôle joué par les lésions des racines postérieures dans la sclérose médullaire des ataxiques;

par Pierre MARIE.

Dans la série des Leçons sur les Maladies de la Moelle que j'ai eu l'honneur de faire à la Faculté de médecine pendant le semestre d'été de l'année scolaire 1890-1891, Leçons que j'ai publiées ensuite, j'ai été amené à traiter avec quelque détail de l'Anatomie Pathologique du Tabes.

Cette étude étant un peu longue et ardue, il n'est nullement question de la reprendre ici, il suffira de donner un aperçu général de l'esprit dans lequel elle avait été faite.

C'est en me basant sur l'ensemble des connaissances, de sources très diverses, dont nous disposons aujourd'hui: embryogénie, pathologie expérimentale, anatomie pathologique humaine, que je me suis efforcé d'établir la doctrine que j'ai soutenue.

J'arrivais à cette conclusion que les lésions des cordons postérieurs dans le tabes sont, non pas primitives, comme le prétendent la majorité des auteurs, mais secondaires à l'altération des cellules dont émanent les fibres constituant ces cordons postérieurs (cellules des ganglions spinaux et peut-être certaines cellules nerveuses périphériques dont l'existence est purement hypothétique).

Une des bases de mon argumentation consistait en ce fait, absolument démontré et d'observation banale aujourd'hui, que dans le tabes les racines postérieures présentent des lésions correspondantes aux altérations des cordons postérieurs. Comme les centres trophiques de ces fibres radiculaires postérieures siègent pour une grande partie du moins dans les ganglions spinaux, il s'ensuivait que c'est surtout dans les cellules des ganglions spinaux qu'il faut rechercher les lésions primitives du tabes; la sclérose des cordons postérieurs ne devant être considérée que comme une simple dégénération secondaire d'origine ganglionnaire.

Ainsi que je viens de le dire, la notion de l'étendue et de l'importance des lésions des racines postérieures chez les tabétiques peut être considérée comme banale, et on ne trouverait guère de Manuels qui n'en parlent. Tout le monde sait aussi que, se basant sur ce fait qu'il connaissait dès 1863, M. Leyden a proposé une théorie du tabes qui tendait à faire des lésions des cordons postérieurs une conséquence des altérations des racines postérieures. Voici d'ailleurs ce que dans mes Leçons (page 361) je disais à ce propos:

« RACINES POSTÉRIEURES. — *L'atrophie des racines postérieures dans le tabes est un fait tellement saillant que sa constatation remonte aux premières périodes de l'étude de cette affection. M. Leyden est un des auteurs qui ont le plus insisté sur l'existence de ces lésions radiculaires; il est aussi un des rares auteurs qui aient cherché à en tenir compte pour expliquer la genèse des altérations médullaires du tabes.* »

On peut juger de mon étonnement lorsqu'il y a quelques jours, en ouvrant la *Semaine médicale*, mes yeux tombèrent sur un article dans lequel M. Déjerine (1) dit textuellement ceci:

« *La théorie suivant laquelle les lésions du tabes ne sont autre chose que la prolongation dans les cordons postérieurs de la lésion des racines correspondantes fut exposée* POUR LA PREMIÈRE FOIS PAR MOI *dans mes conférences sur les maladies du système nerveux faites à la Faculté en 1889 et 1890.* »

Il est vrai que M. Déjerine veut bien reconnaître que Leyden avait déjà « *dit, sans y insister davantage, du reste, qu'il faut, dans la pathogénie de ces lésions, prendre en considération l'atrophie des racines postérieures.* »

C'était là traiter fort cavalièrement la part réellement indéniable qui revient à M. Leyden dans un des principaux points de la pathologie médullaire; mais, en somme, si M. Déjerine s'était contenté de ne donner le change à ses lecteurs que sur ce point, je n'aurais pas pris la peine de protester, n'ayant point charge de défendre des gens qui peuvent le faire mieux que moi.

Malheureusement pour M. Déjerine, en poursuivant ma lecture, je suis arrivé à une autre phrase dans laquelle il déclare avec son assurance ordinaire : « *J'ai eu la satisfaction de voir que la doctrine du tabes par lésion des racines postérieures a été adoptée chez nous par M. Marie et à l'étranger par M. Redlich. Ce fait est d'autant plus important que ces deux auteurs, n'ayant pas eu connaissance de ce que j'avais écrit sur ce sujet, sont arrivés, chacun de leur côté, à confirmer* MON *opinion antérieure, à savoir que dans le tabes les lésions médullaires ne sont autre chose que la prolongation dans les cordons postérieurs de la lésion des racines correspondantes.* »

Il ne me convient pas que l'on me fasse dire ce que je n'ai pas dit; aussi, dussé-je tempérer la « satisfaction » de M. Déjerine, il me semble bon de démontrer que je n'avais nullement à « confirmer son opinion antérieure », par la bonne raison que, quoi qu'il en dise, ce n'est nullement lui qui « a pour la première fois exposé la théorie suivant laquelle les lésions du tabes ne sont autre chose que la prolongation dans les cordons postérieurs de la lésion des racines correspondantes. »

Je n'aurai pas grand'peine à déceler l'erreur dans laquelle M. Dejerine cherche à nous induire; il me suffira de reproduire ce que dit à ce propos, dans son article (2) *Tabes dorsualis*, M. Leyden, qui, comme je l'ai rappelé, dès 1863, s'était préoccupé des rapports qu'ont les altérations de la moelle avec les lésions des racines postérieures.

Dans la 1re édition parue en 1883, page 367, nous

(1) Déjerine. — Du rôle joué par les lésions des racines postérieures dans la sclérose médullaire des ataxiques. (*Semaine méd.*, 14 décembre 1892, n° 63, p. 502).

(2) Leyden.—Article « Tabes dorsualis »; in *Real Encyclopædie der gesammten Heilhunde*, 1re édition, 1883, page 367.

lisons : « *Les racines postérieures prennent part au processus de dégénération du tabes. A la vérité, l'état atrophique des troncs de ces racines, avant leur entrée dans la moelle, n'a pas été constaté dans tous les cas, mais cet état atrophique est presque toujours bien net; ce qui, en tout cas, est* CONSTANT, *autant du moins que mes propres observations permettent de l'affirmer, c'est qu'il y a un amincissement atrophique des fibres radiculaires qui, venant de la périphérie, traversent les cornes grises postérieures pour se jeter dans les colonnes de Clarke.* »

M. Leyden, en présence de l'opposition très vive qu'avait suscitée sa manière de comprendre la pathogénie du tabes, avait à un certain moment reculé devant ses audacieuses conclusions ; mais, appuyé sur les travaux de différents auteurs, il ne tarda pas à reprendre une nouvelle assurance, et voici comment (1), en 1889 (avant les leçons de M. Déjerine), il s'exprimait dans la 2e édition de la *Real Encyclopædie* (p. 10 du tirage à part) :

« *J'ai, en concordance avec ma manière de comprendre cette maladie* (*le tabes*), ATTRIBUÉ UNE GRANDE IMPORTANCE A LA PARTICIPATION DES RACINES POSTÉRIEURES AU PROCESSUS ANATOMO-PATHOLOGIQUE ; *et j'ai, d'une part, prouvé la fréquence de leurs altérations, d'autre part, insisté sur la facilité avec laquelle leurs lésions peuvent passer inaperçues...*

Les recherches de Pierret, de Strümpell, etc., sur la manière dont se comportent les bandelettes externes et les fibres radiculaires qui les pénètrent, RENDENT A PEU PRÈS INDUBITABLE CE FAIT QUE LES FIBRES RADICULAIRES POSTÉRIEURES PRENNENT RÉGULIÈREMENT PART AU PROCESSUS TABÉTIQUE . . . .

. . *Ainsi se trouve posée la question de savoir si le processus anatomique du tabes se développe immédiatement dans la moelle ou y arrive par la périphérie. On voit que* (dès 1863) *j'étais bien près déjà de soutenir cette seconde opinion, puisque j'attachais une importance considérable à l'altération des racines postérieures. Cette conséquence était tellement forcée, que E. Cyon me l'attribuait directement et la combattait comme si je l'eusse explicitement exprimée. Je regrette aujourd'hui d'avoir, sous la pression d'une violente opposition, battu en retraite, et d'avoir protesté contre cette conséquence de mes déductions. Aujourd'hui la seule chose sur laquelle je veuille émettre une réserve, c'est sur le fait de la démonstration objective complète de cette origine périphérique et sur la régularité de celle-ci. A cet égard de nouvelles observations peuvent seules décider.* »

(1) « Ich habe, entsprechend meiner Auffassung der Krankheit auf die *Betheiligung der hinteren Wurzeln* an dem anatomischen Processe grosses Gewicht gelegt und theils ihr hæufiges Mitergriffensein nachgewiesen, theils hervorgehoben wie leicht eine geringe Erkrankung' derselben übersehen werden kann .. »

Im Gegentheil, die Untersuchungen von Pierret, Strumpell u. A. uber das Verhalten der Bandelettes externes und der sie durchsetzenden Wurzelfæden machen es nahezu zweifellos, dass die hinteren Wurzelfasern *regelmæssig* an dem Processe theilnehmen...

Hiermit wird die Frage nahegelegt, ob der anatomische Process der Tabes stets in Rückenmark oder zuweilen auch von der Peripherie aus sich entwickelt. Man sieht, dass mir dieser Gedanke nahe lag da ich auf die Erkrankung der hinteren Wurzeln ein entscheidendes Gewicht legte. Diese Consequenz war so unmittelbar, dass E. Cyon sie mir unterlegte und als eine willkürliche bekæmpfte. Ich bedauere heute dass ich mich, durch die heftige Opposition gedrængt, zurückzog und mich gegen diese Consequenz meiner Deductionen verwahrte. Heute will ich nur dagegen verwahren, als ob ich jetzt den peripheren Ursprung bereits für tathsæchlich nachgewiesen und fur den regelmæssigen erklæren wollte. Daruber konnen erst weitere Beobachtungen entscheiden.

Les citations que je viens de faire ne laissent aucun doute. — En se glorifiant d'avoir « pour la première fois exposé (en 1889-90) la théorie suivant laquelle les lésions du tabes ne sont autre chose que la prolongation dans les cordons postérieurs de la lésion des racines correspondantes, » M. Déjerine s'attribue donc un mérite qui ne lui appartient pas.

Il faut avoir la bienveillante confiance en soi-même que possède M. Déjerine pour déclarer, comme il le fait, qu'en reproduisant cette théorie (qui date de 1863), il a eu « une conception nouvelle et partant un peu *révolutionnaire* du tabes. »

Je viens de démontrer que M. Déjerine avait été mal inspiré dans sa revendication de priorité.

Quoi qu'il en soit, je ne vois nul inconvénient à lui donner acte de ce qu'il ait, en 1890, connu, comme tout le monde d'ailleurs, l'opinion émise par M. Leyden sur le rôle des lésions des racines postérieures dans la pathogénie du tabes. J'ajouterai, s'il le désire, qu'il a dû particulièrement goûter cette opinion puisqu'il cherche aujourd'hui à se l'approprier sans autre forme de procès.

Même après cette concession de ma part, la position de M. Déjerine ne me paraît pas beaucoup meilleure. Il se trouve en effet que, pendant cette même fameuse année 1890, M. Dejerine ne s'est pas contenté de se reposer sur les lauriers de « sa conception nouvelle » qui consiste à considérer les lésions médullaires du tabes comme d'ORIGINE PARENCHYMATEUSE (par dégénération des racines postérieures). Malheureusement pour lui, dans un autre travail (1) autour duquel il a mené trop grand bruit pour pouvoir le désavouer aujourd'hui, il déclare, non moins catégoriquement, que les lésions médullaires du tabes sont d'ORIGINE INTERSTITIELLE, « *le tabes ordinaire n'étant, en effet, autre chose qu'une* SCLÉROSE VASCULAIRE *systématisée suivant le trajet intra-médullaire des racines postérieures.* »

Nous voyons donc le singulier spectacle de M. Déjerine émettant simultanément au cours de cette même année 1890 deux opinions diamétralement opposées dont il a lieu d'être également fier :

A. — Le tabes est d'*origine parenchymateuse*.

B. — Le tabes est d'*origine interstitielle*.

Il est évident que, de la sorte, M. Déjerine était assuré de ne jamais se tromper, et quoi qu'il arrivât, de pouvoir dire un jour : « Ainsi que je l'ai montré en 1890... » — Le moyen est ingénieux et par trop commode. — Certes M. Déjerine excelle au petit jeu des revendications de priorité ; mais vraiment ce jeu vaut-il la peine que pour y gagner on use de pareils procédés ?

Après tout, libre à M. Déjerine de traiter, si cela lui convient, la Science comme une loterie ; qu'il prenne garde, cependant, qu'en continuant à ponter ainsi à la fois sur la rouge et sur la noire, il risque fort de se ruiner sous peu.

(1) Dejerine et Letulle. — Sur la nature de la sclérose des cordons postérieurs dans la maladie de Friedreich (sclérose névroglique pure). Société de Biologie, 8 mars 1890 et *in extenso* in *Semaine Médicale*, n° du 12 mars 1890, p. 82.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours des médailles.* — Les internes des hôpitaux de Paris viennent de terminer leur concours de quatrième année. Voici les résultats : *Médecine*. MM. Paul Claisse, médaille d'or ; Lamy, médaille d'argent ; Renou, mention. — *Chirurgie*. MM. Guillemin, médaille d'or ; Arrou, médaille d'argent ; Brodier, mention.

THÉRAPEUTIQUE

Salol et Acide salicylique dans le sang ;

par le Dr Paul CORNET.

Disons d'abord que les recherches faites par nous sur le salol au Laboratoire de M. le Pr Hayem (1), ont été confirmées, dans l'essence même de nos résultats, par H. Stein. Cet auteur (2) conclut comme nous au dédoublement du salol dans l'estomac et subséquemment à l'insuffisance du procédé Sievers et Ewald pour apprécier l'énergie motrice de cet organe. Mais tandis que Stein attribue cette dissociation à l'action propre du mucus gastrique, nous sommes moins affirmatif, et, nous expliquant mal ce pouvoir décomposant d'une dissolution cellulaire, nous reculons jusqu'à plus ample informé l'interprétation des faits que nous avons signalés.

C'est en poursuivant dans le même Laboratoire de la Faculté nos investigations sur le salol, que nous avons à démontrer ici, qu'après l'ingestion de ce composé, l'acide salicylique régénéré se transforme dans l'intestin, avant de passer dans le sang, en salicylate alcalin ; et subsidiairement qu'on retrouve toujours l'acide salicylique dans le sang, à l'état de salicylate.

Cette double assertion repose sur des faits qui tranchent péremptoirement une question qui ne l'était pas, et sur laquelle les auteurs sont divisés par égale insuffisance de preuves. Ainsi, pour Kolbe (3), l'acide salicylique passe en nature dans le sang. Pour Feser, Köhler, Binz, Friedberg (4), les matières albuminoïdes interviennent ; pour Gubler (5), en « incarcérant » l'acide oxybenzoïque dans la plasmine du sang ; pour Farsky (6), en donnant lieu à des albuminates fixes (albuminates, caséinates, fibrinates, syntoninates), répondant à la formule :

$$C^{144}H^{112}Az^{18}, S^2O^{44} + 2C^{14}H^6O^6$$

Il est au contraire d'autres auteurs, Fleischer, Salkowski, Blanchier (7), Beaumetz (8), Rabuteau, qui donnent comme « très probable » ou comme « à peu près certaine » la métamorphose en salicylate dans le sang. Enfin, pour l'élève de M. Beaumetz, Mlle Chopin (9) : « Ce qui est certain, c'est qu'en traitant par l'éther le liquide sanguin, on n'extrait aucune substance salicylée, parce que l'acide est combiné aux matières albuminoïdes.

Or, voici nos expériences. Chez un chien qui a pris 2 grammes de salol, la presque totalité du sang extraite au bout d'une heure par saignée carotidienne est mise au repos pendant vingt-quatre heures. Le beau caillot formé est séparé du liquide séreux et lavé à l'eau distillée. Le sérum augmenté des eaux de lavage est privé des matières albuminoïdes par addition de 5 vol. d'alcool à 90°, de 3 gouttes d'acide acétique et 3 repos de 24 heures suivis de 3 filtrations. Le sérum ainsi traité est réduit à 80 c. c. et repris par l'éther additionné d'HCl. La perchlorure de fer révèle abondamment, après évaporation de l'éther, la présence de salicylate de fer.

Ainsi, la première induction de ce fait, c'est qu'on constate facilement dans le sang la présence d'acide salicylique ; c'est qu'en outre, si l'on peut sans compromission et faute de mieux attribuer aux matières protéiques une action « incarcérante », on ne saurait concevoir des combinaisons fixes entre ces matières et l'acide salicylique, puisqu'on aperçoit très nettement celui-ci en écartant celles-là par le procédé le plus simple et comme mécaniquement.

Dans une autre expérience, le sérum du sang, dépouillé des matières albuminoïdes, est partagé en 2 volumes égaux. Chaque part, représentant la moitié du liquide total, est réduite au petit volume de 80 c. c. en l'évaporant à basse température. Deux récipients les contiennent l'une et l'autre. Dans l'un, on met un peu d'éther et 3 gouttes d'HCl ; dans l'autre, de l'éther seulement. L'éther est décanté et évaporé dans deux capsules en porcelaine blanche. Dans la capsule où il y a eu de l'éther pur, le perchlorure de fer ne donne aucune réaction ou plus précisément une teinte violacée très légère. Au contraire, dans la capsule où il y a eu de l'éther acidulé, le réactif ferrique provoque une teinte violette très intense.

Ces faits sont démonstratifs et reposent sur la très faible solubilité du salicylate de soude dans l'éther ordinaire, tandis que l'acide salicylique que, dans l'expérience précédente, l'acide chlorhydrique a déplacé de sa combinaison alcaline, est soluble en toutes proportions dans l'éther des Laboratoires.

Nos recherches sur le salol dans le tube digestif nous ont permis de vérifier maintes fois cette évidence, savoir : que l'acide salicylique ingéré pur ou en combinaison phénylée est converti en salicylate alcalin, avant de passer dans la circulation.

Nous résumerons donc cette nouvelle étape de nos études par les propositions suivantes :

1° On retrouve très nettement dans le sang l'acide salicylique ;

2° C'est toujours en combinaison alcaline que l'acide salicylique existe dans le sang ;

3° Cette combinaison saline a lieu, non dans le liquide sanguin, mais dans l'intestin, même en cas d'ingestion d'acide salicylique à l'état pur.

(1) *Progrès médical*, 29 octobre 1892.
(2) *Wien. med. Wochenschrift*, n° 43.
(3) *Journal de Pharmacie*, 1876.
(4) *Neues Repert. fur Pharm.*, 1875.
(5) *Journal de Pharmacie et de Chimie*, 1878.
(6) *Id.* *id.* *id.*
(7) Thèse de Paris, 18.9
(8) *Dict. de Thérapeutique.*
(9) Thèse de Paris, 1889.

Enseignement municipal de la médecine.

Le *Journal d'hygiène* a publié dans son numéro du 10 décembre un article sur l'enseignement de la médecine. L'auteur rappelle au début une brochure intéressante de M. le Dr de Pietra-Santa intitulée : *De l'enseignement médical en Toscane et en France*, et parue en 1853, et indique le plan suivi par l'auteur. Nous relèverons dans la partie qui concerne la Toscane les deux points suivants :

« § 1. L'auteur prend l'élève en médecine à son entrée dans l'université de Pise et l'y suit dans les cinq années d'études plus particulièrement théoriques.

« § 2. Reçu docteur en médecine, il passe avec lui en revue, pendant ses deux années de stage, les cours éminemment pratiques de l'*Ecole de perfectionnement* de Florence. »

Cette citation montre que l'idée d'organiser dans l'avenir une Ecole municipale de médecine, et de transformer la Faculté de médecine de l'Etat en un collège supérieur de médecine ou en une Ecole de perfectionnement n'est pas irréalisable.

Le *Journal d'hygiène*, après avoir donné la substance des projets de MM. Vaillant et Strauss, formule son opinion en ces termes :

« Loin de nous la pensée de discuter ces divers projets ; la seule chose que nous voulions affirmer, c'est que les uns et les autres dénotent une situation déplorable des choses, qu'ils y apportent sinon un remède radical, tout au moins des améliorations des plus sensibles et, qui plus est, réalisables à bref délai. Aussi, sans nous attarder à certaines réserves, à certaines tendances, à certaines questions de personnes que murmurent tout bas les routiniers, les sceptiques et les intransigeants, nous donnons d'avance toute notre plus entière approbation au projet, quel qu'il soit, adopté par le Conseil municipal, parce qu'il marquera une étape glorieuse dans l'extension de l'instruction médicale des jeunes générations. »

Il s'agit là d'un extrait que nous avons fait composer il y a un an. Il avait été oublié. Comme il n'a malheureusement pas perdu de son actualité, nous le publions. B.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les études médicales et la loi militaire.

Que n'a-t-on pas dit quand on nous a vu soutenir avec acharnement, il y a plus d'un an déjà, la nécessité de reculer de deux années la limite d'âge imposé par la loi militaire aux étudiants en médecine ? On a souri de voir nos efforts désespérés rester vains ; et récemment encore l'Association générale des Étudiants se vantait d'avoir fait adopter une mesure qui devait parer à tous les inconvénients! Nous avions beau montrer qu'il en persistait encore : dans son rapport sur cette question à l'Association des anciens internes des hôpitaux de Paris, notre collègue, M. Feulard, tout en reconnaissant la valeur de nos objections, se ralliait pourtant aux propositions émanées de la rue des Ecoles, propositions qui d'ailleurs ont été adoptées littéralement par les autorités supérieures.

Mais, chose curieuse et juste retour à des idées plus saines, voici que la Faculté de Médecine de Paris, si nous en croyons la *Gazette des Hôpitaux* du 20 décembre dernier, reconnaît que décidément c'est nous qui avions raison ! Nous avouons bien franchement que nous ne nous attendions pas à pareille aubaine et que nous considérions désormais la partie comme perdue. Or, dit notre confrère :

« Dans sa séance du 15 décembre dernier, l'assemblée générale de la Faculté de médecine a émis le vœu que la limite d'âge, imposée par la loi militaire pour le doctorat en médecine, *soit reculée d'une année et portée à vingt-sept ans*..... La situation parait être franchement dessinée. La grande majorité des professeurs a reconnu la nécessité d'augmenter d'une année le laps de temps qui existait entre le baccalauréat et la date fixée pour le service militaire... »

Il est vrai qu'il ajoute de suite :

« Pourtant il ne faut guère espérer un nouveau remaniement de la loi militaire en faveur des étudiants en médecine... »

Nous avions réclamé *deux* ans ; la Faculté reconnait implicitement l'importance de nos arguments, puisqu'elle demande à son tour *une* année. C'est un succès partiel, soit ; mais c'est tout de même un succès.

Qu'il soit difficile d'obtenir un remaniement de la loi militaire, nous n'y contredisons pas ; il y a longtemps que nous l'avons fait remarquer. Mais est-ce impossible, absolument impossible ? Nous ne le croyons pas, surtout si, dans nos réclamations justifiées, nous sommes soutenu avec fermeté par la Faculté entière.

Et si l'on ne demande pas, si l'on n'obtient pas cette prolongation d'une ou mieux de deux années (autant profiter de l'occasion pour revenir à notre projet), dans quelles réformes la Faculté ne va-t-elle pas être obligée de se lancer ? Notre confrère parle d'un changement dans le programme de la première année d'études. Bien. Mais l'étudiant pourra-t-il vraiment gagner de la sorte une année. Cela n'apparait pas très clairement à l'esprit.

Les lois sont faites pour être... changées quand il le faut, quoi qu'on en dise, surtout quand elles sont manifestement mauvaises ; et nos représentants auraient la partie trop belle s'ils n'avaient jamais à revenir sur les bévues commises ! Nos Ministres auraient-ils en outre la prétention d'être infaillibles ?

On veut tout bouleverser encore une fois dans un édifice pourtant peu solide, tout cela pour un misérable article de loi à refaire, pour un chiffre à changer à l'*Officiel !* C'est vouloir à plaisir remuer des eaux troubles pour y pêcher à l'aise, alors qu'il est si simple d'accrocher au passage dans une onde courante le goujon qui, de plein gré, s'attarde autour de l'hameçon. Mais, morbleu, il faut le vouloir prendre !

Marcel BAUDOUIN.

L'Exposition internationale d'Instruments de Chirurgie au Congrès de Gynécologie de Bruxelles.

Au *Congrès international périodique d'Obstétrique et de Gynécologie*, dont la première session a eu lieu à Bruxelles du 14 au 19 septembre dernier, était annexée une *Exposition internationale d'Instruments de Chirurgie*. Dans le compte rendu de la séance d'ouverture de cette importante réunion, j'y ai fait allusion. Des circonstances imprévues m'ont empêché de revenir plus tôt sur ce sujet d'une réelle importance pour l'industrie française. Et on me pardonnera d'y insister en ce moment où le succès de la participation de la France à l'Exposition internationale de Chicago est absolument hors de doute, même pour la partie médicale et hygiénique (Comité n° 32).

Les étrangers sont coutumiers des exhibitions du genre de celles qui eut lieu en septembre à Bruxelles : je l'ai rappelé déjà bien des fois à cette place ; ce qui n'empêche pas mes compatriotes d'en nier constamment le rôle et l'importance.

Si nos industriels se contentaient seulement d'apprécier ainsi entre eux cette habitude d'outre-Rhin, cela n'aurait pas un intérêt bien grand. Malheureusement ils joignent les actes aux paroles et c'est ainsi que l'on voit plusieurs des premières maisons de de Paris, en ce qui concerne les Instruments de Chirurgie, se désintéresser complètement des efforts faits par le comité français (section médicale) de l'Exposition de Chicago ! A quoi bon ? répètent-ils sans cesse. Mais, Messieurs, réfléchissez un peu. Si vos collègues d'outre-Rhin passent les mers avec leurs marchandises, pensez-vous donc qu'ils sont moins commerçants que vous? Pensez-vous donc que, de gaîté de cœur, ils vont jeter leurs écus sur les bords des lacs de l'Amérique du Nord!

Mais quittons ce terrain brûlant et revenons à l'Exposition de Bruxelles, dont le Comité d'organisation a fait l'impossible pour réunir le plus grand nombre d'objets ressortissant à la spécialité qui faisait l'objet du Congrès.

Nos compatriotes, bien entendu, n'ont pas répondu en foule à l'appel des organisateurs, et, pour les engager à mieux faire, nous comptons à notre tour, au moins dans cet article d'ensemble, ne faire aucune mention des maigres spécimens qu'ils ont envoyés à Bruxelles. Aussi bien sont-ils connus dans notre pays et préférons-nous consacrer les quelques lignes dont nous disposons aux expositions de nationalité étrangère.

A tout seigneur, tout honneur. Commençons donc par nos hôtes et, parmi eux, citons d'abord la belle vitrine de M. [illegible] Claesen (de Bruxelles), où nous avons remarqué un certain nombre d'instruments spé-

ciaux. Quelques-uns méritent une mention, au moins pour leur originalité. Ce sont le spéculum à long manche pourvu d'un gros poids mobile, sur une tige à crémaillère, dans le but d'assurer le maintien en place de l'instrument dans différentes fonctions : c'est une modification plus ou moins heureuse du spéculum à poids fixe de M. Olivier, de fabrication française. Une petite aiguille pour sutures, à l'aide du fil d'argent, a aussi attiré notre attention ; au lieu d'avoir à son extrémité mousse un chas comparable à celui des aiguilles à coudre, elle possède une cavité assez profonde munie d'un fin pas de vis dans lequel on engage directement le bout du fil d'argent. Comme ce métal est assez malléable, en l'enfonçant dans cette cavité à frottement rude, on détermine la formation de spires sur le fil qui est ainsi solidement fixé à l'aiguille. Dans la même exposition, nous avons remarqué également la table à laparotomie de M. le Dr Jacobs, l'aimable secrétaire général du Congrès, table qu'on peut construire en bronze et en verre ; puis les tord-fils automatiques de M. le Dr Deroubaix ; un nouveau modèle de vitrine, etc.

Parmi les autres maisons belges, citons M. Monnier. Nous trouvons, en outre, des docteurs parmi les exposants : MM. Max (de Bruxelles), Boens (Charleroi), Godyn (de Gand), Lambotte et Clairfayt, etc. Comme représentants l'industrie anglaise, nous avons remarqué les ceintures, tricots et bas élastiques de Haywood et Cie (de Nottingham) et un certain nombre de produits pharmaceutiques. La Russie était représentée par MM. Gerber (de Saint-Pétersbourg) (forceps de Lazarewitch avec cranioclaste du même auteur, etc.). M. Stille (de Stockholm), en plus d'une collection d'instruments, a exposé une intéressante table à laparotomie avec plan incliné mobile et à réservoir d'eau chaude. Comme bien on pense, les Allemands abondaient et nous donnons à dessein leurs noms ; d'ailleurs il s'agit de maisons bien connues : Windler, Schmitt, Bœtticher et Haselau, Gesell frères, Hirschmann (de Berlin) ; Klaes (de Cologne) ; Reiniger, Gelbert et Schall (d'Erlangen) ; Carl Zeiss (d'Iéna), etc., etc. Nous publierons ultérieurement la liste des objets exposés par ces importantes maisons qui, à Chicago, vont nous disputer, sans peine malheureusement, la préséance. L'Amérique elle-même, pour un Congrès aussi spécial et aussi lointain, avait au moins un représentant, M. John Reynders (de New-York) (table d'opérations du Dr Edelbolds).

Telle était, en quelques mots, la composition de l'Exposition de Bruxelles. Dans un prochain numéro et à une autre place, nous en publierons une description détaillée. Mais ce que nous venons de dire suffit à montrer que pour garder le premier rang sur le marché international, dans cette industrie d'origine essentiellement française par ses tendances, ses perfectionnements et ses qualités artistiques, nos fabricants n'ont qu'à se bien tenir et à ne pas considérer d'un œil hautain ou souriant les énergiques efforts de leurs concurrents étrangers. C'est ainsi qu'on conduit, à petit feu, son pays tout près du précipice. Nos gouvernants sauront sans doute s'en souvenir à l'heure voulue. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 décembre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. D'ABBADIE.

M. MOISSAN. — *Etude chimique de la fumée d'opium.* — En opérant sur 40 gr. de chandoo à une température comprise entre 250° et 325°, on a recueilli un liquide ambré qui renferme de la morphine, du pyrrol, de l'acétine des cas pyridiques et hydropyridiques. Dans la première distillation à 250° il passe des parfums et de la morphine vraisemblablement entraînée par la vapeur d'eau ; puis la température nécessaire à une nouvelle décomposition s'élevant il se produit vers 300° une fumée moins odoriférante plus âcre, entraînant toujours une petite quantité de morphine, mais chargée de bases hydropyridiques plus ou moins toxiques. Il semble que l'on doit considérer chez le fumeur d'opium deux cas bien différents : 1° Celui où l'on ne fume que du chandoo de très bonne qualité et où la fumée n'apporte aux poumons qu'une très grande quantité de morphine et de parfums agréables ; 2° Celui où l'on fume du dross ou de l'opium falsifié dont la décomposition ne se fait qu'à une température de 300° avec production de composés toxiques tels que : pyrrol, acétine et bases hydropyridiques. — On peut comparer cette double action à l'alcoolisme produit dans un cas par l'ingestion répétée d'une petite quantité d'alcool de bonne qualité, et dans l'autre à l'état misérable dans lequel succombe l'homme adonné à l'absinthe.

M. GRÉHANT et Ern. MARTIN. — *Recherches physiologiques sur la fumée d'opium.* — Un mammifère carnassier qui, durant une heure, respire une quantité de fumée égale à celle qu'un fumeur consomme généralement en 3 jours ne présente aucun phénomène appréciable et on peut démontrer ainsi, à l'aide de la fumée de chandoo employée comme réactif physiologique, qu'il existe une différence sensible entre le système nerveux central de l'homme et celui du chien V. MORAX.

Séance publique annuelle du 12 décembre 1892. PRÉSIDENCE DE M. D'ABBADIE.

L'Académie des sciences a tenu lundi dernier sa séance publique annuelle, sous la présidence de M. d'Abbadie, assisté de MM. de Lacaze-Duthiers et Berthelot.

M. d'ABBADIE a lu un discours dans lequel le savant président a retracé en termes émus la vie et les travaux de MM. Richet, de Quatrefages, Jurien de la Gravière, Ossian Bonnet, Mouchez, Georges Biddell Airy, Lalanne, de Caligny, Gilbert, Abria et Adams, tous membres ou correspondants de l'Académie, décédés au cours de l'année.

M. Joseph BERTRAND a communiqué à la compagnie une *notice historique* écrite par lui sur Michel Chasles.

La séance s'est terminée par la communication faite par M. JANSSEN d'une *notice sur l'installation d'observatoire qu'une société de savants se propose d'élever sur le sommet du Mont-Blanc*, et par la proclamation suivante des *Prix* que l'Académie des sciences a décernés pour l'année 1892 :

Voici la liste de ceux qui intéressent les médecins.

Statistique : Prix Montyon : Les docteurs Bastié et Dardignac. *Chimie* : M. Bouchardat. — *Minéralogie et géographie* : Prix Vaillant : M. Lacroix. — *Botanique* : Prix Desmazières : M. Pierre Viala. Prix Montagne (1.000 fr.) : M. l'abbé Hue ; 500 fr. à M. le Dr F.-Xavier Gillot. Prix de la Fons Mélicocq : M. Masclef. — *Médecine et Chirurgie* : Prix Montyon : MM. Farabeuf et Varnier, un prix à M. Javal ; un prix à M. Lucas-Championnière. Mentions : MM. Kelsh, Antony, Pitres, Redard. Citations : MM. Brocq, Testut et Thiroloix. — Prix Barbier : M. Laborde et MM. Cadéac et Albin Meunier. Mention : M. Paul Thierry. Autre mention avec une somme de 500 fr. : M. Marcel Baudouin, rédacteur en chef des *Archives provinciales de Chirurgie*. Prix Bréant (rente de la fondation) : M. A. Proust et M. Henri Monod. Prix Godard : M. Albarran. Mention : M. Repin. Prix Bellion : M. le Dr Théodore Cotel. Prix Mège (rente de la fondation) : M. G. Colin. Prix Lallemand : MM. Alfred Binet et Durand (de Gros). — *Physiologie* : Prix Montyon : MM. Hédon et Corneville. Mentions très honorables : MM. Ephrem Aubert et Richard Ewald. Mentions honorables :

MM. Hans Molisch et W. Einthoven. Prix Pourat : M. H. Roger. — *Géographie physique* : Prix Gay : M. Moureaux. — *Prix généraux* : Prix Montyon (arts insalubres) : M. L. Guéroult. Encouragement : M. le Dr Paquelin. Prix Trémont : M. Emile Rivière. Prix Gegnier : M. Paul Serret. Prix Delalande-Guérineau : M. Georges Rolland, ingénieur des mines, auteur du tracé du Chemin de fer transsaharien. Prix Jérôme Ponti : M. Le Chatelier. Prix fondé par Mme la marquise de Laplace : M. Lebrun (Albert-François). — Enfin, le prix Leconte, de 50.000 fr., a été décerné à l'œuvre de feu M. le Dr Villemin.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 décembre 1892. — Présidence de M. Chauveau.

M. Wurtz fait une très importante communication sur l'*issue des bactéries normales de l'organisme hors des cavités naturelles*. On savait déjà que ces microbes sortent de l'intestin peu de temps après la mort, ainsi que l'a démontré M. Létienne qui a pu retrouver trois fois le bacille coli moins d'une heure après la mort. M. Wurtz a cherché à préciser le moment où se fait l'envahissement du cadavre et pour cela il a employé la congélation prolongée d'animaux vivants dans des tubes bouchés avec du coton. Il a constaté, même sur ceux qui n'étaient pas encore complètement morts et qu'il était obligé de tuer, que le péritoine et le sang étaient déjà envahis par les microbes dans beaucoup de cas.

Ce sont les souris grises qui lui ont donné les résultats les plus constants (11 fois sur 11). Dans les exsudats péritonéaux et le sang du cœur, M. Wurtz a trouvé des microbes soit purs, soit de diverses espèces, et leur culture lui a permis d'isoler le Bacterium coli, le Proteus vulgaris, et une forme de streptocoque identique avec le streptococcus pyogenes. Il est à remarquer que chez les animaux tués par section du bulbe, le sang du cœur et les exsudats péritonéaux ne donnent rien à la culture. De même chez les animaux asphyxiés. Enfin la bile et les frottés d'organes sont également restés stériles. Donc, conclut M. Wurtz, aux derniers moments de la vie, le froid peut, en amenant une congestion intense, déterminer le passage rapide des microgermes intestinaux dans le sang et dans le péritoine.

M. Chauveau fait remarquer que l'on doit à M. Signol la démonstration expérimentale du premier fait analogue : l'envahissement rapide du sang par le vibrion septique chez les animaux morts asphyxiés. Tous ces faits peuvent se grouper autour de ceux déjà signalés par M. Chauveau et M. Galippe.

M. Chauveau rappelle qu'il a démontré autrefois que le testicule, même sain, peut renfermer des microgermes de la suppuration qui n'entrent en action que lorsque cet organe est privé de ses connexions vasculaires, sans contact avec l'air. C'est, dans ce cas, aux microgermes antérieurement englobés dans sa masse qu'est due la suppuration.

MM. Achard et Renault donnent une étude des *différents types du Bacillus coli communis* rencontré chez les urinaires. Ils se sont servi, pour différencier les principales espèces de ce groupe, de l'ensemencement d'un liquide contenant l'espèce supposée sur les milieux de culture ayant déjà nourri un autre type. Les cultures, lorsqu'elles réussissent, permettent d'observer des différences assez nettes pour qu'on soit autorisé à les utiliser au profit de la nomenclature. Les auteurs en décrivent cinq, dont les caractères oscillent entre le bacterium coli et le bacterium lactis aerogenes. Ceux qui se rapprochent le plus de ce dernier végétal offrent de très grandes ressemblances avec le bacille typhique d'Eberth.

M. Moussu a pratiqué un certain nombre de *thyroïdectomies expérimentales* et il en tire les conclusions suivantes : L'extirpation des glandules thyroïdes accessoires produit des effets variables suivant que l'animal est jeune ou adulte. Leur extirpation ne produit que chez les jeunes l'arrêt de développement et le crétinisme myxœdémateux ou atrophique.

M. Gley. — Schiff avait déjà signalé la gravité plus grande de l'ablation des glandes chez les animaux jeunes. Quant à l'importance des glandules accessoires, elle ressort de mes expériences sur le lapin et de celles, plus récentes, de M. Christiani sur les rats.

M. Dastre. — Le sang défibriné et réinjecté à un animal *conserve encore une grande partie de ses propriétés*. C'est ainsi qu'après la neuvième prise de sang et la neuvième réinjection on constate que la quantité de glycose contenue dans le sang a baissé d'un dixième à peine. Le ferment glycolytique n'a pas été non plus entraîné avec la fibrine, et le sang conserve son pouvoir glycolytique à peu près intact après la défibrination.

M. Thiroloix rapporte les résultats d'une expérience de *greffe pancréatique*. Ayant sclérosé le pancréas d'un chien, par des injections dans le canal de Wirsung, M. Thiroloix prend ce pancréas réduit à une simple languette noire et l'insère dans le grand épiploon d'un chien normal. Il en résulte deux phénomènes fort curieux. D'abord la greffe prend et le pancréas se reforme peu à peu en éliminant son charbon, comme le montrent des coupes pratiquées par M. Ménétrier. Ensuite ce pancréas, qui se reconstitue, possède les propriétés sécrétoires du pancréas normal ; car, dans deux cas, les chiens ainsi greffés avec des glandes sclérosées ont subi l'ablation de leur propre pancréas sans que la glycosurie s'ensuivît.

M. Gley fait remarquer que le pancréas injecté au charbon n'est pas à proprement parler sclérosé, car il contient encore des acinis fort nets et fort vivants qui sont le point de départ de la régénération.

M. Phisalix a étudié l'*atténuation des microbes dans l'organisme* et apporte de nouveaux faits à l'appui de la démonstration déjà faite par MM. Charrin et Roger du pouvoir atténuant que possède le sérum du sang des animaux vaccinés. Les expériences ont porté non sur la maladie pyocyanique, mais sur le charbon. Les bactéridies très atténuées, inoculées à la souris, ne la tuent que lentement. On les retrouve alors peu abondantes et se colorant mal. La souris, quoique non vaccinée, a donc réagi dans une certaine mesure contre l'agent infectant. Avec le charbon asporogène, les résultats sont plus nets encore ; la fibre charbonneuse se gonfle, se fragmente et finit probablement par être dissoute par le sang. Il est à remarquer que seul le sérum du sang intervient, puisque jamais ces fibres ne sont englobées dans des leucocytes.

M. Ervant Arslan. — *Traitement électrique de la diarrhée et du choléra chez les enfants.* J'ai traité avec succès, à la clinique des enfants de Padoue, 15 malades atteints de diarrhée avec le courant faradique appliqué sur le ventre. J'ai appliqué le même traitement à 5 cas, à Paris, dans le service du Dr J. Simon. Tous ces malades n'ont été soumis à aucune médication. J'ai aussi traité avec le courant faradique trois *cholériques* à l'hôpital des Enfants-Malades. Tous trois ont été rapidement guéris. L'intensité du courant doit être assez forte pour produire des contractions visibles des muscles de la paroi abdominale. On applique les deux rhéophores sur le ventre, en variant leur place. La durée doit être de une à deux minutes. Le courant est très bien toléré. Les séances doivent être faites à jeun, une fois toutes les vingt-quatre heures, ou deux si le cas est grave, comme dans le choléra. En général, après trois ou cinq séances, la diarrhée s'arrête en même temps que les autres symptômes (fièvre, vomissements, inappétence, etc.) s'atténuent. Dans la diarrhée de la dysenterie et entéro-colite ulcéreuse il n'a aucune influence. Nous pensons qu'il s'agit d'une action réflexe sur l'innervation sécrétoire et motrice de l'intestin.

M. Blanc, de Lyon, adresse une note sur les *effets kératogènes de la lumière blanche* sur l'œuf de la poule.

M. Saulanie, de Toulouse, envoie un travail sur l'*influence de la contracture musculaire sur le coefficient des échanges respiratoires et thermiques*.

M. Meyer, de Toulouse envoie la description d'un nouveau *procédé spectroscopique pour l'étude de la vitesse moyenne de la circulation du sang*.

A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 20 décembre 1892. — Présidence de M. A. Regnault.

M. Poncet (de Lyon) rapporte une observation *d'actinomycose de la joue droite et des maxillaires correspondants, avec généralisations pulmonaires.* Il s'agit d'une jeune femme de 30 ans, qui fut prise au mois d'avril dernier, à la suite de l'extraction d'une dent cariée, d'une adénite sous-maxillaire droite qui après avoir envahi la joue et la région parotidienne se compliqua d'abcès fistuleux. De plus il y eut écoulement de pus par l'oreille et la narine droite pendant une huitaine de jours. Il y a un mois la tuméfaction gagna la région temporale et une nouvelle fistule survint. Enfin apparurent des troubles pulmonaires, toux, crachats. La malade perdant ses forces entra à l'hôpital où on constata dans le liquide sortant des fistules de petits grains jaunes caractéristiques de l'acynomicose, qui colorées au picro-carmin n'étaient autres que les étoiles rayonnées à renflement en massue de l'actinomycète. Les signes d'auscultation étaient ceux de la tuberculose quoiqu'on ne rencontrât aucun bacille dans les crachats où, au contraire, quoique plus difficilement que dans le pus, on découvrait les granulations actinomycosiques.

En raison de la grande étendue des lésions, on n'a pu songer à intervenir chirurgicalement.

M. Charpentier lit un rapport sur une observation de *vomissements incoercibles ayant persisté après l'avortement*, quoique celui-ci ait été pratiqué au deuxième mois de la grossesse. Le rapporteur pense que la persistance de ces accidents doit être attribuée à une lésion utérine antérieure à la grossesse, et à la présence, après l'avortement, de débris de placenta dans l'utérus.

M. Panas lit un rapport sur un travail de M. Poncet (de Vichy) sur certains points de l'*anatomie pathologique de l'œil*, et présente des dessins histologiques. A propos des tumeurs épibulbaires que la plupart des chirurgiens regardent comme des sarcomes, M. Panas est d'avis, avec M. Panas, que ce sont en réalité des carcinomes.

M. Cornil lit un rapport sur un travail de M. Christmas *sur quelques mélanges antiseptiques et leur valeur microbicide.*

M. Hervieux lit un rapport qui sera adressé à M. le Ministre de l'Intérieur, concernant un projet de récompenses destinées à faciliter dans les écoles la *revaccination* des enfants au-dessus de dix ans.

M. Commenge lit un travail sur l'*origine et la résidence des insoumises mineures.* De 1878 à 1887, 5.136 mineures malades ont été arrêtées à Paris. 1,777 étaient originaires de Paris. 4513 habitaient des garnis et elles résident dans les quartiers les plus populeux. L'auteur conclut à la nécessité de réprimer la tendance des maîtres de garnis à favoriser la prostitution des mineures.

Election d'un Vice-Président. — M. Léon Le Fort a été élu vice-président pour 1893. P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 16 décembre. — Présidence de M. Desnos.

M. Laveran, à l'occasion du procès-verbal, cite une observation de M. Richard analogue à celle de MM. Debove et Soupault. Il s'agissait d'un Arabe entré à l'hôpital pour une ascite. Au bout de quelques jours ponction qui donne issue à un liquide fortement albumineux et teinté de bile. A l'autopsie on constata l'existence d'un épanchement abondant et dans le foie plusieurs kystes hydatiques dont un qui s'était ouvert dans les voies biliaires. Un fait personnel à M. Laveran est analogue. Du reste les kystes hydatiques ne sont pas rares en Afrique. Le diagnostic du siège est souvent très difficile. Dans le fait présent on crut à une rupture dans le péritoine. Le malade était entré à l'hôpital avec un ventre très volumineux dans lequel on sentait une tumeur occupant toute la région supérieure droite de l'abdomen. Bientôt survint de l'ascite puis de la dyspnée. La paracentèse abdominale pratiquée donna d'abord un liquide fortement teinté par la bile, puis un liquide assez clair, albumineux. On pensa bien à ce moment avoir affaire à un kyste hydatique. La nature de celui-ci ne put cependant être affirmée, car on ne trouva pas d'hydatides dans le liquide extrait. Le malade succomba par œdème de la glotte. A l'autopsie, du liquide s'écoula dès l'ouverture du ventre et on constata qu'on pénétrait dans un kyste fibreux contenant du liquide bilieux, ce kyste communiquait avec un kyste hydatique du foie dans lequel la bile s'était épanchée. Le péritoine n'était pas malade, il y avait seulement quelques adhérences au niveau de la tumeur. Dans deux cas les kystes hydatiques s'ouvrirent dans les bronches. Des kystes hydatiques ont été guéris par la pénétration de la bile dans la poche; on trouvait dans ces cas un dépôt ocreux mélangé de bile et d'hydatides mortes. M. Richard insiste aussi sur la fréquence de la rupture des kystes dans les voies biliaires et sur la guérison par pénétration de la bile.

M. Babinsky cite une observation de *paralysie faciale hystérique* publiée par Remak dans *Berliner Klinische Woschenschrift* qui se rapproche par plusieurs caractères de celles que lui-même a présentées récemment. M. Remak fait remarquer que dans la paralysie faciale hystérique certains groupes de muscles sont plutôt contracturés. La déviation buccale n'existe que quand il y a spasme.

Mutations dans les hôpitaux. — M. Ferran passe à l'Hôtel-Dieu, M. Dreyfus Brissac à Laënnec, M. Hirtz à Tenon, M. Juhel-Renoy à Sainte-Périne, M. Gaucher au Danube, M. Josias à Aubervilliers, M. Hippolyte Martin à Debrousse.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 décembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

Calcul du cholédoque extrait par la cholécystotomie.

M. Routier. — Je tiens à faire remarquer que dans le cas cité par M Kirmisson à la dernière séance, la guérison a eu lieu à la suite d'une seule ponction; ce fait est unique. Jusqu'ici il a toujours fallu plusieurs ponctions pour amener une amélioration durable. — Voici un autre fait de chirurgie biliaire intéressant. Chez une malade, atteinte d'ictère, ayant eu des coliques hépatiques à diverses reprises, avec 40° de température, on trouva une tumeur au-dessous du lobe droit du foie et on crut à une dilatation de la vésicule biliaire. Je pensai à une pseudo-tumeur formée par le muscle droit. Laparotomie. Il y avait, à la place de la vésicule biliaire, une sorte de lipome sous-hépatique et j'eus les plus grandes peines à reconnaitre, au voisinage de cet amas de graisse et au milieu d'adhérences hépato-coliques, la vésicule très atrophiée et rétractée. Après des décollements multiples, j'ai évacué quelques gouttes de liquide de cette vésicule et constaté, après la cholécystotomie, l'existence d'un calcul près de la tête du pancréas, le long de la partie droite de la colonne vertébrale. J'essayai en vain de faire glisser ce calcul dans le duodénum; je ne pus réussir qu'à le faire ressortir par la vésicule incisée. Je vous le présente; c'est le seul que d'ailleurs j'ai trouvé. Je n'ai pas refermé la vésicule, mais je l'ai drainée avec un drain en caoutchouc et ai bourré la plaie de gaze. Cette malade va très bien, son teint s'est éclairci; l'état général s'est certainement amélioré.

M. Tillaux. — Dans un cas de cancer du pancréas comprimant le cholédoque, que j'ai publié autrefois (cholécystentérostomie), il y avait dilatation de la vésicule biliaire. Ce fait plaide en faveur de la remarque de M. Terrier.

M. Terrier. — Le moyen de faire le diagnostic des calculs du cholédoque et des autres affections déterminant l'obstruction de ce conduit par l'atrophie ou la dilatation de la vésicule biliaire ne m'apparait pas tout entier. Je ne l'ai découverte qu'après Courvoisier, qui y consacre une page dans son livre sur les affections chirurgicales du foie.

M. Reclus. — Je n'ai jamais dit qu'il n'y eut jamais d'atrophie de la vésicule dans les cas de calcul du cholédoque. J'ai dit que la dilatation de la vésicule s'observait parfois, ce qui est vrai.

M. Phocas (Lille) adresse à la Société une note sur la *hernie congénitale enkystée dans la région inguinale.*

Cholécystostomie. Cholécystentérostomie.

M. PEYROT. — Madame A..., 56 ans, a présenté des crises hépatiques et de l'ictère, à différentes reprises, accompagnées d'amaigrissement, etc. Laparotomie. Cholécystostomie. Extraction de quelques débris calculeux, après plusieurs essais infructueux. Cathétérisme des voies biliaires impossible. Fistule biliaire persistante. Amélioration de l'état général. — On résolut de faire une cholécystentérostomie pour parer aux ennuis d'un écoulement biliaire constant. On ne ferma pas la vésicule après l'entérostomie biliaire. Les suites de cette dernière opération furent loin d'être simples.

Les matières intestinales sortirent par la bouche anastomotique et la fistule cutanée. Occlusion au collodion de la fistule biliaire: ce qui ne tient pas. Infection de la suture abdominale. Cependant, à la longue, tout finit par se fermer. Il s'agissait évidemment, dans ce cas, d'un cas d'oblitération du canal cholédoque ; mais lors de la première intervention, on n'en trouva pas la cause. Au cours de la cholécystentérostomie, M. Peyrot reconnaît qu'il aurait dû fermer la vésicule pour éviter l'infection de la plaie. Dans ce cas, la vésicule était peu développée. La malade aujourd'hui va très bien.

M. JALAGUIER. — Dans un cas de calcul du cholédoque pour lequel j'ai fait la cholécystotomie et que j'ai déjà publié, il y avait dilatation de la vésicule.

M. RICHELOT fait un rapport sur une observation envoyée par M. le Dr BRUCY, de Giens (Loiret) et ayant trait à une *pérityphlite sans perforation,* qui était peut-être tuberculeuse.

M. RICHELOT fait un autre rapport sur une observation de M. le Dr COURTADE (de Paris), intitulée : *Plaie pénétrante de l'articulation du genou,* avec section du tendon d'Achille, chez un homme de 72 ans, qui guérit parfaitement.

M. SCHWARTZ fait un rapport sur deux faits de M. le Dr VINCENT (d'Alger), l'un ayant trait à un *kyste hydatique rétro-vésical* ; l'autre, à une série de cas de *kystes hydatiques du foie.* Dans le premier fait, homme de 24 ans, tumeur faisant saillie dans le rectum ; ponction par le rectum et infection du kyste. Laparotomie sus-pubienne ; fixation et drainage. Guérison. — Les observations de kystes hydatiques du foie se rapportent à des kystes de la face inférieure et à des kystes de la face convexe de cet organe. M. Vincent est intervenu chirurgicalement dans ces cas. M. Schwartz ajoute qu'il aurait pu commencer parfois par essayer les injections de sublimé.

M. SCHWARTZ présente un malade auquel il a fait une *gastrostomie en deux temps.* La fistule ne laisse pas suinter de suc gastrique.

M. MONOD insiste sur les bénéfices du procédé en deux temps.

M. REYNIER cite plusieurs malades qui ont été améliorés pour avoir seulement subi le premier temps de la gastrostomie.

M. PONCET (Lyon). — La gastrostomie en deux temps donne les meilleurs résultats à bien des points de vue. Les liquides stomacaux ne ressortent pas. Elle permet souvent d'opérer plus tôt. On fait ainsi une sorte de canal, plutôt qu'une fistule, allant de la peau à l'estomac, etc. Il est indiscutable que le premier temps de la gastrostomie suffit à amener une amélioration, si bien que, dans certains cas il a cru avoir fait une erreur de diagnostic. Cela tient sans doute à ce que l'intervention fait cesser le spasme qui accompagne tout rétrécissement organique. Dans un cas de cancer du pylore et de l'œsophage, on fit une gastrostomie; immédiatement après les symptomes d'occlusion pylorique et œsophagienne diminuèrent.

M. KIRMISSON fait remarquer qu'on a observé des faits semblables pour le cancer du rectum après l'anus contre nature.

M. PONCET. — D'ailleurs ces malades ne sont améliorés que provisoirement, c'est-à-dire pour quelques jours ou quelques semaines.

ÉLECTIONS DU BUREAU POUR 1893. — Président : M. PÉRIER. — Vice-président : M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Secrétaires annuels : MM. Kirmisson et Peyrot. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 13 décembre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. SALMON.

Une délégation de la Société est accordée à M. LAJARD, qui se propose d'aller faire en Egypte des recherches anthropologiques et médicales. M. Lajard a déjà publié d'importants travaux sur les Canaries. Tous nos vœux à l'éminent voyageur, notre collaborateur au *Progrès médical.*

M. AUBRY publie les résultats d'une enquête qu'il a faite sur le procès Kérangal, qui eut lieu en 1750. Un frère y avait assassiné sa sœur, et un mari sa maîtresse. Or, les antécédents paternels et maternels montrent que les ancêtres étaient entachés de mauvaises mœurs et fauteurs d'actes criminels.

M. WALLACE WOOD parle de la *morphologie esthétique* de l'homme.

M. CAPITAN lit un travail de M. BERTHOLSON sur l'*exploration anthropologique de la Kroumirie.* Au point de vue médical, les lésions oculaires pouvant entraîner la cécité sont fréquentes. On trouve une proportion de 10 à 106 pour mille suivant les localités, ce sont des conjonctivites granuleuses, kératites, ophthalmies purulentes, etc. La fièvre intermittente est fréquente, la tuberculose rare. Les tatouages se rencontrent fréquemment dans les deux sexes. Ils sont de trois sortes : soit ornemental, et représentent un palmier ou un personnage, ou bien ils servent comme signe distinctif de tribu et se font alors sur le front en forme de croix ou de fleur de lis; ils peuvent, enfin, être institués dans un but thérapeutique et siègent alors au niveau d'une articulation ou sur la poitrine, en un point où existait une douleur : ils affectent alors la forme de cercles ou de croix. Les femmes accouchent en plein air, seules, dans un ravin isolé. Dès que l'accouchement est terminé, elles essuient l'enfant, lui passent des liens autour de la tête de façon à commencer la déformation crânienne, puis l'attachent sur leur dos et regagnent leur habitation. Il en est bien peu qui restent couchées vingt-quatre heures.

M. CLOS-HUDEUC étudie le *dolmen* des pierres plates, près de Lockmariaker.

M. DE MORTILLET étudie des *tombes gauloises* découvertes près d'Argenteuil.

M. AZOULAY lit la suite du travail de M. Henri GROS sur la *Polynésie française.* M. Gros montre que les habitants qui dominent de plus en plus sont les métis descendant de Polynésiennes avec des Français, des Chinois, et même de nègres. Les métis se rapprochent plus du père que de la mère. Les métis chinois sont maigres, chétifs; leur stature a diminué, ils ont des traits mongoloïdes très accentués. Les métis blancs sont beaux et bien conformés; leur peau est claire. La coloration est celle de vrais Européens chez les quarterons. Parmi les métis, les naissances féminines l'emportent de beaucoup sur les masculines. Les étrangers, même les Français et les Chinois, qui se fixent si difficilement, abandonnent toute idée de retour à Taïti. Les albinos sont relativement nombreux, ils ont une peau blanche laiteuse, des yeux rouges et des cheveux roux dorés. La calvitie n'est pas rare chez les vieux Taïtiens. L'obésité est fréquente, leur alimentation amylacée explique ce fait. Chez eux la maigreur peut être considérée comme due à une cause morbide. Chez les métis, l'absence d'embonpoint est au contraire souvent physiologique ; la maigreur normale peut être regardée comme un bon signe de croisement.

L'apparition des règles n'est pas aussi précoce qu'on l'a dit, elle aurait lieu de 13 à 15 ans. Les rares cas de précocité seraient dus à des rapports génitaux pratiqués trop tôt. La ménopause se fait aussi plus tard qu'on l'a affirmé, vers 45 et 50 ans. Les fausses couches sont fréquentes et la stérilité pas rare. Beaucoup de femmes qui restaient stériles quand elles se livraient à la prostitution se marient sur le tard et deviennent enceintes. Félix REGNAULT.

HÔPITAUX DE PARIS. — Le directeur de l'Assistance publique de Paris vient de décider qu'à partir du 1er janvier prochain, le service du traitement à domicile sera séparé du service des consultations dans les maisons de secours.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

I. Panas. — **Traitement des granulations précédé d'un aperçu historique** (*Congrès d'Ophtalmologie*. Paris, 1892).

II. Galezowski. — **Altérations du cercle ciliaire et de l'examen ophtalmoscopique de cette région dans les maladies constitutionnelles et dans la myopie** (*Bulletin de l'Académie de médecine*, juillet 1892).

III. Fuchs. — **Manuel d'Ophtalmologie**. Georges Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts. Paris, 1892.

IV. Chibret. — **Antisepsie de l'œil par le cyanure de mercure** (*Archiv. d'Ophtalm.*, juillet 1892).

V. Van Duyse (de Gand). — **Guérison spontanée de la tuberculose irienne** (*Archiv. d'Ophtalm.*, août 1892).

VI. E. Berger. — **Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez et des cavités voisines** (*Société de médec. pratique*, 1892.)

VII. Lagrange (Bordeaux). — **Traité pratique des anomalies de la vision**; 85 figures dans le texte, 2 planches coloriées. — G. Steinheil, éditeur, Paris.

I. — L'histoire de la médecine a ses enseignements trop souvent méconnus ou négligés ; elle est pourtant une source féconde où les auteurs modernes pourraient trouver les idées auxquelles ils ne font que donner une forme nouvelle. Ce n'est point ici le lieu de faire l'apologie de l'histoire de la médecine. Ceux qui la taxent d'inutilité ne savent point qu'elle peut fournir le moyen de savoir ce qu'est la destinée des théories et des médicaments à la mode et d'établir une juste compensation entre un enthousiasme irréfléchi et un abandon trop rapide. N'en tirerait-on pas de bons résultats pour la pratique ? Cependant bien peu d'auteurs consentent à fouiller les vieux livres. Tous les travaux de M. Panas, empreints d'une vaste érudition, présentent à ce point de vue un intérêt tout particulier.

Dès le début de sa communication, M. Panas dit que le traitement des granulations a passé, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, par des phases nombreuses, dont l'énumération est fort instructive. Le traitement chirurgical des granulations par le *brossage* était employé par Hippocrate ; il le réalisait à l'aide d'un fuseau de bois entouré de laine rude, puis il cautérisait la surface cruentée au fer rouge. Celse pratiquait le *raclage* avec le côté rude d'une feuille de figuier, à l'aide d'une lime ou du scalpel. Paul d'Egine était partisan déclaré du *raclage*, qu'il pratiquait avec un os de seiche. Severus rejette le brossage et lui substitue le *massage*. Comme on le voit, rien ne saurait être revendiqué par notre époque, pas même le *curettage* des granulations. Après cet aperçu, M. Panas aborde le traitement des granulations suivant leurs formes. Pour les granulations suraiguës avec rougeur et sécrétion abondante de pus, le traitement par excellence est le nitrate d'argent. Dans la forme subaiguë et chronique il faut agir par les topiques et le massage que l'on varie suivant les cas. Si les granulations montrent une certaine tendance à s'accroître et si la cornée se vascularise, l'auteur conseille d'intervenir opératoirement, ainsi que cela a été pratiqué avec succès pendant une longue série de siècles. Les *scarifications* et le *brossage* rendront alors de grands services. Dans les cas d'entropion, les procédés opératoires qui s'attaquent directement au tarse sont seuls employés. En terminant, M. Panas fait remarquer qu'aujourd'hui comme autrefois le traitement des granulations ne saurait être *unique* ; les topiques modificateurs et le massage ont leur place comme les interventions sanglantes. Il convient surtout de se rappeler le précepte du sage antique : *Pas d'excès en rien* (1).

II. — M. Galezowski a résolu une difficulté qui existait en ophtalmologie : l'exploration de l'ara serrata. Rien jusqu'ici n'avait été fait et on ne connaissait rien des affections isolées du cercle ciliaire et de son apparence ophtalmoscopique. Dans sa communication à l'Académie de médecine, cet examen peut servir dans le diagnostic des maladies constitutionnelles, la syphilis, la goutte, etc., etc. La région de l'ara serrata est tellement avancée vers le segment antérieur de l'œil qu'elle se dérobe à l'examen ophtalmoscopique. En effet, les rayons lumineux, en traversant le centre du cristallin, se portent au delà de la région ciliaire.

Pour remédier à cet inconvénient, M. Galezowski a fait construire par son opticien, M. Peuchot, une lentille d'un foyer assez faible jointe à un prisme très fort. Généralement, en faisant passer les rayons lumineux à travers le bord de ce prisme ou à la partie périphérique de la lentille, on parvient à distinguer toutes les parties voisines de l'ara serrata. Par le même procédé, l'auteur a réussi à fixer l'image exacte du cercle ciliaire physiologique. Cette zone apparait un peu foncée, légèrement festonnée, se détachant assez nettement sur le reste du fond de l'œil. Les lésions de cette région ont pu ainsi être nettement déterminées. Dans la *choroïdite syphilitique*, l'existence des atrophies choroïdiennes localisées dans les différents points de l'ara serrata est presque constante ; elles ont été observées également dans la syphilis acquise chez des malades qui n'étaient atteints en apparence que d'une simple iritis. Dans l'*atrophie de papille ataxique* il existe souvent des lésions vasculaires et pigmentaires vers l'ara serrata ; Galezowski attribue ces altérations choroïdiennes à la syphilis. Il en est de même de certaines formes de périnévrite optique à marche lente, dans lesquelles les atrophies choroïdiennes de l'ara serrata sont caractéristiques de la syphilis. Au début de la *tuberculose* on peut rencontrer des exsudats disséminés, pointillés qui dénotent la présence d'éléments tuberculeux dans le cercle ciliaire. Les altérations *goutteuses* de l'ara serrata se présentent sous forme de suppurations sanguines du tissu choroïdien et peuvent donner lieu à des flocons sanguins du corps vitré. Chez quelques malades, l'auteur a constaté des infiltrations sanguines dans la partie supérieure de la cornée ou de l'hyphéma. Dans la *myopie*, en l'absence même de toutes lésions du segment postérieur, il peut exister des atrophies choroïdiennes de l'ara serrata. Pour Galezowski, elles mettraient l'œil myope à l'abri du décollement de la rétine à cause de la formation d'adhérences cicatricielles entre la rétine et la choroïde, mais elles prédisposent à la formation de cataractes corticales. La *lentille prisme* dont se sert Galezowski est construit au moyen de plusieurs couches de flint et crown glass. Elle est destinée à rendre de grands services en clinique, car il est certain que ce mode d'exploration d'une partie de l'œil, si difficilement accessible, facilitera le diagnostic en mettant au jour des lésions.

III. — Le Dr Fuchs, une des personnalités les plus considérables du monde ophtalmologique, vient de faire paraître un manuel destiné à l'usage des étudiants et des praticiens. Dans ce but, deux types de caractères différents ont été adoptés. Les faits les plus importants de l'ophtalmologie sont imprimés en gros caractères ; le petit texte est réservé aux discussions théoriques et à l'explication approfondie de différents chapitres. Dans sa préface, l'auteur dit que, à l'exemple de Arlt, il s'est attaché à montrer les formes cliniques sous lesquelles se montrent les diverses affections oculaires. Une large place est accordée aux affections du segment antérieur de l'œil parce qu'elles sont les plus nombreuses dans la pratique ordinaire. Dans un chapitre spécial, Fuchs s'occupe des opérations généralement adoptées, sans mentionner celles qui n'ont qu'un intérêt historique. On ne saurait trop recommander ce manuel qui, sous des allures modestes, est d'une grande érudition et contient l'exposé des questions les plus importantes en ophtalmologie, fait dans un sens clair et précis. Nous ne saurions trop le recommander à l'attention des médecins et des spécialistes.

IV. — La plupart des procédés employés pour l'antisepsie préopératoire sont défectueux car le poli et le fil des instruments sont rapidement altérés. Le cyanure de mercure, auquel Chibret attribue un pouvoir antiseptique très grand, n'a pas cet inconvénient.

Il fait l'antisepsie locale avec une solution de cyanure dans l'eau au 1/1500 additionné de 1/700 de NaCl. Cette solution est moins irritante pour la conjonctive que le sublimé et elle a

(1) Il convient de dire que le mérite de MM. Darier et Abadie est d'avoir coordonné ces différentes méthodes pour en faire un véritable procédé opératoire.

un pouvoir bactéricide à peu près égal à la solution au 1/1500 de sublimé. L'auteur pratique l'injection de la chambre antérieure d'une façon constante après l'extraction de la cataracte avec une solution tiède dont voici la formule :

HgCy	0 gr. 05
NaCl	7 — »
Eau distille. . .	1.000 — »
Acide picrique . .	traces pour coloration en jaune.

Ce n'est pas que M. Chibret estime l'injection de la chambre antérieure absolument indispensable, mais elle présente des sérieux avantages, au premier rang desquels se placent l'expulsion facile des masses corticales et leur antisepsie.

Voici la composition des différentes solutions de cyanure de mercure :

1° Bain antiseptique pour stériliser les instruments.	HgCy. . Eau dist.	1 gr. 100 —
2° Solution pour lavage des instruments après immersion dans le bain précédent.	HgCy. . Eau dist.	1 — 1.500 gr.

V. — Dans cet article, Van Duyne défend l'idée de la guérison spontanée de la tuberculose irienne. L'intérêt pratique de cette question est très grand. En effet certains auteurs considèrent la tuberculose de l'iris comme uno affection primitive et locale, la regardent comme un foyer d'infection et sacrifient l'œil. Du reste, avec les données actuelles de la pathologie de la tuberculose, Van Duyne prétend que l'éruption nodulaire de l'iris n'est qu'une phase de cette maladie infectieuse, et que la présence des bacilles pathogènes dans le courant artériel permet de contester l'utilité d'une énucléation.

Mais nous ne voulons retenir que ce seul fait de guérison de la tuberculose. L'auteur suppose qu'elle est le résultat d'une atténuation du virus tuberculeux. Ainsi s'explique également la marche indolente de l'opération et le peu de réaction qu'elle provoque. On ne saurait admettre qu'il pût s'agir de gommes hérédo-syphilitiques. Van Duyne nie leur existence. Quelques auteurs hésitent à reconnaître pour des tubercules vrais les nodules iriens et cette hésitation provient de la rapidité avec laquelle ils guérissent, mais Van Duyne fait remarquer que le même fait s'observe pour d'autres organes et que la guérison est tout aussi rapide dans la tuberculose expérimentale.

En résumé l'auteur repousse l'intervention chirurgicale parce que, pour lui, le tractus uvéal ne constitue guère un siège primitif pour la tuberculose, mais surtout parce que les nodules peuvent se résorber au bout d'un certain temps en laissant une acuité visuelle parfaite. Cette dernière raison nous semble la plus plausible, mais est-il bien certain que la tuberculose irienne ne soit pas une affection primitive locale ? Il y a, nous semble-t-il, des réserves à faire à cet égard. L'auteur n'admet l'énucléation que pour les cas dans lesquels les granulomes tuberculeux subissent un accroissement rapide et peuvent entraîner la perforation du globe.

VI. — Dans ce livre, l'auteur étudie avec beaucoup de détails les maladies des yeux pouvant être occasionnées par les cavités voisines. Dans une première partie, le Dr Berger passe en revue les troubles oculaires réflexes d'origine nasale et qui sont : les *douleurs* des paupières et du globe de l'œil ; la *photophobie* ; le *larmoiement* ; le *rétrécissement* de la fente palbébrale ; l'*infection* du globe ; l'*asthénopie*. Ces symptômes sont la conséquence de l'état d'irritation des organes terminaux du trijumeau. Après avoir étudié les troubles oculaires, dans les affections des sinus frontal et maxillaire, l'auteur aborde les affections du sinus sphénoïdal. Les troubles oculaires réflexes sont à peu près les mêmes. Mais il est difficile de pouvoir diagnostiquer une affection du sinus sphénoïdal avant que le processus n'ait atteint le nerf optique. L'auteur fait remarquer que le canal optique est sur la limite supero-externe du sinus sphénoïdal. La paroi qui sépare le sinus du canal optique est très mince, parfois il y a des solutions de continuité qui font que la gaine du nerf optique est recouverte par la muqueuse du sinus ; on peut même les observer sur la selle turcique. On comprend ainsi aisément qu'un processus inflammatoire puisse se propager du sinus vers le nerf optique et les méninges. C'est ainsi que l'on pourrait expliquer l'origine de certaines métrites retro-bulbaires que l'auteur appelle « canaliculaires ». Les causes sont : le refroidissement, la carie et la nécrose du sphénoïde. Parmi les symptômes on note : cécité subite unilatérale avee phlegmon orbitaire ; méningite ; perforation de la paroi qui sépare le sinus sphénoïdal du sinus caverneux et hémorrhagie mortelle consécutive ; abcès rétropharyngien ; thrombose du sinus caverneux et de la veine ophtalmique consécutivement à celle du sinus veineux circulaire de la selle turcique.

Les troubles oculaires ont une grande importance pour le diagnostic des *tumeurs du sinus sphénoïdal* ; les symptômes peuvent varier suivant leur mode de développement.

En dernier lieu, l'auteur énumère les symptômes produits par les *fractures du corps du sphénoïde* : dans les fissures de la paroi supérieure du sinus sphénoïdal, écoulement du liquide céphalo-rachidien par le nez ; blessure de la carotide interne en dedans du sinus caverneux et exophtalmie pulsatile (Nélaton-Delens) ; compression ou déchirure du nerf optique dans le canal et par suite amaurose ; anesthésie des 2e et 3e branches du trijumeau si la fissure suit les trous rond et ovale. Le *rétrécissement du champ visuel* caractérise plus spécialement les tumeurs du sinus sphénoïdal ; d'abord temporal il se propage ensuite concentriquement. M. Berger n'insiste pas sur sa forme, il va sans dire qu'il s'agit d'un rétrécissement irrégulier comme dnns les affections du nerf optique.

En présence d'une affection du sinus sphénoïdal, surtout d'une tumeur rétro-pharyngienne, l'auteur recommande de pratiquer l'examen ophtalmoscopique et celui du champ visuel.

VII. — M. Lagrange vient de faire paraître un livre dont le succès n'est pas douteux, car il répond à un besoin. Il s'agissait de condenser en un volume restreint de format commode toutes les notions que tout médecin doit connaître. On a répété à satiété combien l'examen ophtalmoscopique d'un malade est chose importante, et, pour le rendre accessible, il fallait que le praticien pût en peu de temps trouver réunis, dans un même ouvrage facile à consulter, tous les matériaux nécessaires à cette étude.

C'est ce qu'a parfaitement réussi à faire le Dr Lagrange. Dans différents chapitres il examine l'œil à l'état statique et dynamique, les amétropies, la convergence, l'acuité visuelle, et les différentes méthodes employées pour le diagnostic de la réfraction. Une large place est faite à l'astigmatisme et à la kératoscopie. En dernier lieu, l'auteur étudie le sens chromatique, le champ visuel et les amétropies au point de vue clinique. Ce livre, écrit dans un sens surtout pratique, remplit toutes lesconditions nécessaires pour un enseignement méthodique de l'ophtalmologie dont il contribuera à augmenter la vulgarisation. Nous le recommandons tout spécialement aux étudiants et aux jeunes médecins. KOENIG.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'Anatomie médico-chirurgicale ; par Paul POIRIER. Librairie Battaille. Paris, 1892.

Nous empruntons au *Provincial medical Journal* de Leicester l'analyse du *Traité d'anatomie médico-chirurgicale* dont notre ami et dévoué collaborateur, M. le Dr P.Poirier, a commencé il y a quelques mois la publication.

« C'est là la première partie d'un nouvel ouvrage d'anatomie médicale et chirurgicale, par le directeur du département anatomique de la Faculté de médecine de Paris, qui est en même temps chirurgien des hôpitaux de cette ville. L'apparition d'un nouveau livre sur ce sujet est justifiée par les récents progrès faits en médecine et en chirurgie, et c'est surtout le cas en ce qui concerne le cerveau et les centres nerveux. L'auteur a évidemment consacré beaucoup de temps et de patient labeur à l'élucidation de nombreux points qui intéressent le chirurgien, le médecin et l'accoucheur. En même temps, le côté particulier que présentent certaines questions au point de vue anthropologique, médico-légal ou philosophique, n'a pas été négligé. Les notions qui se trans-

mettent de manuels en manuels sans critiques ou investigations personnelles de la part des auteurs, ont été examinées de près par le Dr Poirier, et reconnues pour la plupart comme de prétendus faits qui n'existent pas par eux-mêmes, mais qui sont purement le résultat de raisonnements *a priori*, d'observations superficielles, ou de compilations. C'est toujours la même vieille histoire de déférence aveugle pour les autorités et le manque de scepticisme indépendant. L'auteur ne se montre point partisan des doctrines de Hyrtl, car le fascicule que nous avons devant nos yeux et qui comprend le crâne, le cerveau et l'oreile, contient de nombreuses et excellentes illustrations ou schémas (151 en tout), pour la plupart originales et dessinées d'après nature par M. Cuyer. Quelques-unes de ces figures sont rendues plus claires par la coloration.

« Il y a beaucoup de chapitres intéressants dans ce livre ; il ne nous est pas possible de les énumérer tous dans cette revue. Nous pouvons cependant donner quelques aperçus : « L'opinion d'un développement incomplet de lafemme, au point de vue cérébral, a été montrée erronée par Manouvrier, car les deux sexes paraissent égaux, pour aussi minutieusement qu'on envisage le développement de la partie antérieure du cerveau. » — « Les artères et les artérioles du cuir chevelu se rétractent lorsqu'elles sont sectionnées ; elles ne sont point adhérentes aux tissus environnants. » — « Une blessure linéaire du cuir chevelu, produite par un instrument contondant, présente, si on l'examine avec soin, des bords irréguliers, et diffère de la section lisse causée par un instrument tranchant. » — « Les lymphatiques jouent un rôle important dans la production des inflammations intra-craniennes résultant du cuir chevelu. Cela peut être mis en évidence par l'injection des lymphatiques. Mais quel est l'homme qui injecte aujourd'hui des lymphatiques ? »

« L'auteur donne la méthode suivante pour la découverte de l'artère méningée moyenne : « Tirer une ligne perpendiculaire à l'arcade zygomatique à mi-chemin entre l'apophyse frontale de l'os malaire et le méat auditif, et appliquer le trépan sur un point de cette ligne relevée à 5 centimètres au-dessus du zygoma. » Il a fait cela 30 fois et toujours a rencontré l'artère.

« D'expériences faites sur de nombreux cadavres il a conclu que les contusions du cuir chevelu, à la suite de coups ou de traumatismes divers, entraînaient toujours des lésions des tissus sous-jacents même quand le cuir chevelu restait intact, et qu'aussi c'étaient les lésions les plus profondes qui étaient les plus graves. C'est là la cause réelle de la méprise qu'on commet en pensant à un enfoncement osseux. La contusion peut se faire immédiatement après que le coup a été reçu et avant que le sang se soit répandu. L'espace situé entre le bord supérieur du temporal et la ligne parallèle à ce bord, avec des saillies intermittentes, représente le retrait du muscle temporal au fur et à mesure des progrès de l'évolution. C'est là une théorie personnelle à l'auteur. Il montre que le bord supérieur du temporal chez les singes atteint quelquefois la crête sagittale et que ce bord va jusqu'à la ligne médiane du crâne dans les races inférieures.

« Les diverses théories sur les fractures du crâne, et particulièrement de la base, ont été minutieusement étudiées, revues et critiquées. Les idées d'Aran sont adoptées. Le Dr Poirier proteste hautement contre les explications mathématiques.

« Les chapitres consacrés au cerveau sont on ne peut mieux au courant. Ce sont les plus importants du livre. On sait que l'auteur a déjà publié une précieuse contribution à la topographie cranio-cérébrale. Il a depuis beaucoup étendu le champ de ses recherches. L'anatomie de l'oreille est aussi fort complète. M. Poirier confirme les résultats auxquels sont arrivés Symington et Prusrak, en ce qui concerne la direction de la membrane du tympan chez l'enfant. A l'encontre de ce qui se fait ordinairement, l'anatomie de l'oreille interne est minutieusement étudiée. Pour conclure, nous adressons nos meilleurs remercîments à l'auteur pour ce livre si pratique et si vivant. Si ce qui doit suivre possède les mêmes qualités que la première partie, le livre sera une précieuse acquisition pour la science. »

Deux cas de hernie traités par la laparotomie ; par W.-W. Keen, M. D., professeur de clinique chirurgicale au Collège médical de Sefferson (*International Medical Magazine*, février 1892).

1er *Cas* : Hernie propéritonéale, laparotomie, mort. Jeune homme de 23 ans ayant eu une hernie dans le côté droit depuis plusieurs années, depuis 2 ans sa hernie le fait souffrir à la suite de vomissements. Actuellement il a de grandes douleurs et est très affaibli. Opération immédiate. Incision suivant le pli de l'aine allant jusqu'à la partie supérieure du scrotum, le sac ouvert on trouve de l'épiploon très congestionné, mais non gangrené ; on le résèque, à la partie supérieure on trouve une anse d'intestin congestionnée. Tentative inutile de réduction de la hernie ; le doigt semble cependant pénétrer dans la cavité abdominale. En poursuivant la dissection pour faire une cure radicale, l'auteur put s'assurer que la cavité qu'il prenait pour le ventre était extrapéritonéale et que son intestin était dans la fosse iliaque. L'opération n'a duré que trois quarts d'heure, cependant l'état du malade était si faible qu'il est mort au bout de 8 heures. Ce cas montre une fois de plus que la hernie propéritonéale n'est presque jamais diagnostiquée ; si on avait pu maintenir la réduction, l'étranglement aurait cependant persisté. — 2e *Cas* : Hernie fémorale de Littré, laparotomie, guérison. Phénomènes d'étranglement, trois jours auparavant, chez une femme de 60 ans. L'examen des régions herniaires est négatif, on ne sent qu'une agglomération intestinale dans la fosse iliaque droite. Par la laparotomie médiane on a pu voir qu'une anse d'intestin s'était engagée dans l'anneau fémoral, quoique extérieurement l'examen soit resté négatif. Dégagement de l'anse et suture de la paroi. Guérison. Ce cas montre que la laparotomie dans certains cas déterminés est le seul traitement de la hernie. Ainsi, malgré l'examen attentif de trois médecins, il avait été impossible de découvrir rien d'anormal dans les régions herniaires. La réduction fut très facile par l'ouverture du ventre. R. Sorel.

Eléments de massage à l'usage des infirmières ; par Sarah E. Post. M. D. Leçons faites à l'Ecole d'infirmières.

Ce petit livre illustré contient les leçons faites sur le massage à l'Ecole d'infirmières de Bellevue-Hospital de New-York. L'ouvrage se divise en trois parties : dans un premier chapitre il est traité des différents mouvements employés dans le massage ; dans un second est indiqué la manière de faire le massage général ; dans le troisième et dernier est passé en revue le manuel opératoire du massage de certaines parties du corps. Nous extrayons de ce livre les conseils préliminaires donnés aux infirmières, nous les recommandons vivement à ceux qui dirigent les infirmières et regrettons que l'administration des hôpitaux ne leur en facilite pas l'observation. « L'infirmière doit être vêtue de façon à ne pas gêner les mouvements respiratoires ; elle doit prendre *chaque jour un bain*, elle doit porter une attention toute spéciale aux soins d'une propreté minutieuse ; elle doit changer de linges souvent. »

R. Sorel.

NÉCROLOGIE.

M. le Pr J.-Léon SOUBEIRAN (Paris).

La semaine dernière a succombé, à Montpellier, M. le Pr Soubeiran. Né à Paris, le 27 novembre 1827, Jean-Léon Soubeiran, fils du célèbre chimiste qui découvrit le chloroforme, était d'une famille originaire des Cévennes ; son aïeul avait vécu à Montpellier et son père y avait fait une partie de son stage officinal. Les exemples ou les enseignements de son grand-père, le naturaliste Bosc, de son père Eugène Soubeiran, l'un des fondateurs de la pharmacie moderne, son étroite parenté avec l'un des maîtres éminents de la Pharmacologie, M. le Pr Regnauld, dirigèrent naturellement ses brillantes facultés vers une science dont les progrès sont si étroitement liés à l'histoire de sa famille. Licencié ès sciences naturelles en 1853, il conquiert, l'année suivante, le diplôme de pharmacien de 1re classe, et, un an après, à la suite d'un brillant concours, le titre d'agrégé d'histoire naturelle à l'Ecole de

pharmacie de Paris. La même année, il obtient le diplôme de docteur en médecine, et, en 1858, celui de docteur ès sciences naturelles.

L'un des premiers en France, il se livra avec ardeur aux études microscopiques. Sa thèse de pharmacien intitulée : *Etudes micrographiques sur quelques fécules*, est une des premières contributions importantes à la connaissance des formes et apparences, si diverses parfois, que revêtent les grains d'amidon. Sa thèse d'agrétation sur *Les applications de la botanique à la pharmacie*, ses deux thèses de doctorat ès sciences, l'une sur *Les ganglions médians ou latéraux supérieurs des mollusques acéphales*, l'autre sur *La matière organisée des eaux sulfureuses des Pyrénées*, et quelques notes de moindre importance, témoignent des tendances de son esprit.

Ses deux thèses de doctorat ès sciences nous montrent Soubeiran à la fois zoologiste et botaniste; mais ils ne sont pas les seules manifestations du talent dont il fit preuve dans l'étude de ces deux branches de l'histoire naturelle. Entre 1855 et 1863 il publia sur les serpents venimeux et particulièrement sur la vipère, dont la fréquence dans certaines parties de la France constitue un vrai fléau, une série de mémoires, dont l'un, intitulé : *De la vipère, de son venin et de sa morsure*, lui servit de thèse pour le doctorat en médecine.

Resté zoologiste ou botaniste, M. Soubeiran se fût aisément rangé parmi les premiers maîtres. Ses goûts le portèrent vers la *matière médicale*. Il déploya dans cette direction nouvelle le sens pratique qu'il avait montré jusque-là. Ses études sur l'*acclimatation* et la *culture des quinquinas* aux Indes néerlandaises et anglaises, entreprises en collaboration avec Delordre, sont restées classiques. Des mémoires nombreux sur le *miel*, sur diverses *matières sucrées d'origine végétale*, sur les gommes dont il éclaira en partie l'histoire, sur l'*aloès*, le *ratanhia*, le *mastic*, le *safran*, les produits de *cochenilles*, l'*huile de foie de morue*, l'*ichtyocolle*, etc., forment un ensemble précieux de documents pour l'histoire des drogues. L'étude de la matière médicale des pays lointains fut aussi l'objet de ses constantes préoccupations. Son rapport sur la matière médicale, à l'exposition de 1867, inaugure, dans cet ordre d'idées, la série de ses recherches que clôture son livre sur la matière médicale chinoise paru en 1874. Cette date nous conduit au jour de son arrivée à Montpellier. Appelé à enseigner la pharmacie à l'Ecole, nul mieux que lui, par l'éclat du nom et le mérite personnel, ne pouvait occuper cette chaire.

Rappelons enfin la part considérable qu'il prit, comme membre du Conseil général des Facultés, à la célébration du VI[e] Centenaire de l'Université de Montpellier, l'empressement avec lequel il avait cette année même accepté la mission de représenter cette Ecole aux fêtes universitaires de Dublin.

Les obsèques de M. le P[r] Soubeiran ont eu lieu samedi dernier, au milieu d'un cortège imposant d'amis et de collègues du défunt. Le deuil était conduit par le gendre de M. Soubeiran, M. Musprat, accompagné de M. le directeur de l'école de pharmacie. On remarquait dans le cortège M. Marais, secrétaire général, représentant M. le préfet de l'Hérault, indisposé, M. Figaret, directeur des postes et télégraphes ; les professeurs des différentes Facultés; etc. M, Gréard, recteur, retenu à Paris, avait envoyé un télégramme d'excuse et de condoléances. Sur tout le parcours, une foule nombreuse a salué respectueusement le défilé funèbre. A l'Ecole de pharmacie, M. le professeur Gay a prononcé un discours ému et éloquent, auquel nous avons emprunté les renseignements qui précèdent.

M. B.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX. — Mardi dernier 13 décembre, la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Bordeaux a constitué comme suit son Bureau pour l'année 1893 : Président, M. Lanelongue ; Vice-Présidents MM. Moussous pere et R.-Saint-Philippe · Secrétaire général, M. Lefont ; Secrétaires des seances, MM. Courtin et A. Moussous ; Trésorier-Archiviste, M. Rivière.

VARIA

Les étudiants en pharmacie.

Après les étudiants en médecine, les élèves de l'Ecole normale et les polytechniciens, voici les étudiants en pharmacie en effervescence. Motif : un article du *Temps* intitulé *Pharmaciens contre pharmacien*, dans lequel les pharmaciens étaient vivement pris à partie, et dont nous avons reproduit une partie dans notre dernier numéro.

Suivant le rédacteur du *Temps*, il n'y aurait aucun pharmacien honnête, les uns s'entendant comme larrons en foire avec les médecins, les autres vendant leurs produits à des prix exorbitants. L'auteur de l'article citait à l'appui de sa thèse des tarifs qui, au dire des étudiants, sont complètement erronés.

Nos « potards », dit l'*Echo de Paris*, ont été vivement émus par ces allégations et ont résolu à tout prix d'exiger une rectification de notre confrère. Ils ont en conséquence affiché l'article en question à la porte d'entrée des Travaux pratiques, rédigé un appel à leurs camarades et formé un comité qui a demandé au directeur la permission de faire une réunion à l'amphithéâtre-sud. M. Planchon ayant acquiescé à leur désir, une assemblée a eu lieu. Huit cents étudiants environ y assistaient. De nombreux amateurs ont successivement pris la parole et déposé des ordres du jour. Les uns demandaient la conciliation, estimant qu'il était préférable d'obtenir de bon gré une rectification; les autres voulaient immédiatement recourir à des moyens plus tumultueux en allant manifester immédiatement devant les portes de notre confrère. En présence du tumulte toujours croissant, le comité ne pouvant plus diriger les débats a prié le directeur de l'école de bien vouloir venir donner aux étudiants son avis dans la question.

M. Planchon est aussitôt venu dans l'amphithéâtre. Après avoir flétri certains pharmaciens qui ne considèrent leurs laboratoires que comme des épiceries, le directeur, dans une allocution très applaudie, a invité les étudiants au plus grand calme. Il a ensuite assuré les élèves que le conseil d'administration, après en avoir conféré avec le comité, ferait certaines démarches pour obtenir la rectification de l'article dont il s'agit. La réunion s'est terminée à quatre heures moins le quart, au milieu d'un tumulte indescriptible. L'agitation est très vive en ce moment parmi les étudiants en pharmacie, qui sont décidés à arriver à leurs fins par tous les moyens possibles.

Conseil d'Hygiène de la Seine.

Le Conseil d'Hygiène de la Seine a pris, à l'unanimité, dans sa dernière séance, une importante décision relativement aux ordonnances concernant les chiens. C'est M. le D[r] Brousse qui, ayant rappelé une récente discussion du Conseil municipal, a demandé au Conseil d'Hygiène de se prononcer sur le maintien des mesures de police imposant aux chiens le port de la muselière.

Aussitôt, une discussion fort intéressante s'est ouverte. M. Jungfleisch, le premier, s'est prononcé en faveur du maintien de ces mesures. M. Schutzenberger s'est ensuite prononcé dans le même sens. Puis M. Dujardin-Beaumetz a pris la parole. M. Nocard, enfin, est allé plus loin. Examinant l'article 54 du décret du 22 juin, il a démontré que cet article faisait aux maires une obligation formelle de prendre une ordonnance pour imposer le port de la muselière aux chiens non tenus en laisse et de maintenir cette ordonnance pendant six semaines au moins après chaque cas de rage constaté. « Or, a-t-il ajouté, nous ne sommes pas encore assez heureux et nous ne le serons sans doute pas de sitôt pour que six semaines se soient écoulées sans qu'un seul cas de rage canine se soit manifesté dans le ressort de la ville de Paris. » Ainsi, en résumé, M. Nocard affirme que la suppression des mesures actuelles serait parfaitement illégale.

Le Conseil d'Hygiène a adopté, à l'unanimité, le vœu suivant :

Le Conseil, considérant que l'ordonnance de M. le Préfet de Police, en date du 30 mai 1892, a été prise à la suite d'une recrudescence grave de rage canine et humaine ; que, depuis cette ordonnance, aucun cas de rage humaine ne s'est produit ; que les précédents établissent que les mesures de répression ne sauraient être supprimées sans amener une recrudescence nouvelle de la rage canine et par conséquent de rage humaine, émet le vœu que l'ordonnance de M. le Préfet de Police, en date du 30 mai 1892, soit maintenue et appliquée dans tout le ressort de la Préfecture de Police.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Enseignement médical dans les hôpitaux.

COURS ET CONFÉRENCES CLINIQUES DE MM. LES MÉDECINS, CHIRURGIENS ET ACCOUCHEURS.

Année 1892-1893.

Hotel-Dieu : MM. les Drs BUCQUOY, Conférences cliniques au lit des malades, vendredi, à 9 heures, salles Saint-Augustin et Sainte-Monique; Maladies du cœur et des vaisseaux, mercredi, à 9 heures, salles Saint-Augustin et Sainte-Monique. — ED. LABBÉ, Clinique médicale au lit des malades, mardi et samedi, à 9 heures et demie, salles Saint-Thomas et Sainte-Anne. — LANCEREAUX, Médecine générale; Clinique au lit des malades, lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures et demie, salle Saint-Denis; — CORNIL, Gynécologie (Conférences cliniques faites par M. le Dr BONNAIRE), lundi, jeudi, vendredi, à 10 heures, amphithéâtre Gallard; Conférences d'anatomie pathologique, mercredi, samedi, à 10 heures, amphithéâtre Bichat.

Pitié : MM. les Drs ALBERT ROBIN, Leçons de thérapeutique clinique, vendredi, à 9 heures et demie, amphithéâtre no 3 (semestre d'hiver); Examen des malades nouveaux; Clinique thérapeutique, mercredi, 9 heures, salles Piorry et Lorrain; Chimie pathologique, jeudi, 9 heures trois quarts, laboratoire du service (semestre d'été); Conférences cliniques par des candidats au Bureau central, lundi, samedi, à 10 heures, laboratoire du service. — POLAILLON, Clinique chirurgicale, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures.

Charité : MM. les Drs DESNOS, Conférences cliniques au lit des malades, mardi, mercredi, à 9 heures et demie, salles. — C. PAUL, Conférences sur la thérapeutique clinique (et plus particulièrement sur les maladies du cœur et nerveuses), vendredi, 9 heures et demie, amphithéâtre Velpeau, à partir du 1er mai 1893. — LUYS, Maladies du système nerveux, jeudi, à 10 heures et demie, amphithéâtre Velpeau. Les conférences commenceront à une époque qui sera ultérieurement indiquée. — DESPRÉS, Chirurgie journalière; Opérations et consultations, lundi, mercredi. — BUDIN, Interrogatoire des élèves, mardi, jeudi, samedi; Clinique obstétricale, jeudi, à 10 heures et demie, amphithéâtre Velpeau; Cours théoriques d'accouchement (faits par M. le Dr BONNAIRE), mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, salle de garde du service d'accouchement.

Saint-Antoine : MM. les Drs LETULLE, Clinique médicale, samedi, à 10 heures et demie, amphithéâtre (semestre d'hiver). — BRISSAUD, Clinique médicale, mardi, à 10 heures et demie, amphithéâtre (semestre d'hiver). — HANOT, Clinique médicale, jeudi, à 10 heures et demie (semestre d'hiver). — BLUM, Clinique chirurgicale, mercredi, à 10 heures et demie, amphithéâtre (semestre d'hiver). — BALLET, Clinique médicale, lundi, à 10 heures et demie, amphithéâtre (semestre d'été). — GINGEOT, Clinique médicale, mercredi, à 10 heures et demie, amphithéâtre (semestre d'été). — TAPRET, Clinique médicale, jeudi, 10 heures et demie, amphithéâtre (semestre d'été). — MERKLEN, Clinique médicale, vendredi, à 10 heures et demie, amphithéâtre (semestre d'été). — MONOD, Clinique chirurgicale, mardi, samedi, à 10 heures et demie, amphithéâtre (semestre d'été).

Necker : MM. les Drs RIGAL, Conférences cliniques au lit du malade, mercredi, jeudi, à 9 heures et demie, salles Bouley et Laennec. — RENDU, Clinique médicale, jeudi, à 10 heures, amphithéâtre de médecine. — HORTELOUP, Maladies des organes génitaux et urinaires de l'homme et de la femme (Conférences faites par M. le Dr POTHERAT), jeudi, à 10 heures, amphithéâtre.

Cochin : MM. les Drs DUJARDIN-BEAUMETZ, Clinique thérapeutique, tous les jours, à 9 heures et demie, amphithéâtre du service. — GOURAUD, Clinique médicale au lit du malade, tous les jours, à 10 heures. — BOUILLY, Conférences de gynécologie, mercredi, 10 heures, amphithéâtre de la baraque 5 (semestre d'hiver). — SCHWARTZ, Conférences de clinique chirurgicale, mardi, samedi, à 10 heures et demie, réfectoire des malades (hommes), (semestre d'hiver). — QUÉNU, Pathologie chirurgicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades.

Beaujon : MM. les Drs THÉOPHILE ANGER, Clinique chirurgicale, mercredi, samedi, à 9 heures et demie, amphithéâtre; Leçons cliniques et opérations de gynécologie, lundi, jeudi, à 9 heures et demie, pavillon Dolbeau. — RIBEMONT DESSAIGNES, Leçons d'accouchement, samedi, à 10 heures, amphithéâtre, à partir du 1er février 1893; Conférences au lit du malade, tous les jours, à 9 heures et demie.

Lariboisière : MM. les Drs [illegible], Clinique médicale, tous les jours, à 9 heures, au lit des malades. — GOUGUENHEIM, Maladies du larynx et du [illegible] (Clinique laryngologique), dimanche, à 10 heures, salle [illegible]; Consultations et conférences cliniques [illegible], samedi, à 9 heures. — GLEY-ROZE, Clinique [illegible], tous les jours, mercredi excepté, à 9 heures. — RAYMOND, Maladies nerveuses, jeudi, à 10 heures, salle [illegible]; Examen clinique, tous les jours, à 9 heures, au lit des malades. — LANDRIEUX, Clinique médicale, samedi, à 9 heures, au lit des malades; Consultations [illegible] de gynécologie, mercredi, à 9 heures. — [illegible], Clinique médicale, tous les jours, à 9 heures, au lit des malades. — PAUL BERGER, Policlinique [illegible], tous les jours, à 8 heures [illegible]. — PEYROT, Clinique [illegible], jeudi, à 9 heures, salle des malades. — PILLAS, Maladies des yeux; Examen [illegible], à 9 heures, salle [illegible]. — [illegible] Dr [illegible] Conférences cliniques sur [illegible] au lit des malades.

Trousseau : MM. les Drs DELENS-BRÉSAC, Pathologie clinique, jeudi, à 9 heures [illegible], salle Moisonche. — CUFFER, Conférences de clinique infantile, [illegible] à 9 heures et demie, salle Valleix [illegible]; Leçons de clinique [illegible] 10 heures [illegible]. — OULMONT, [illegible] sur les maladies du système nerveux, [illegible]. — PARIS, Séméiologie [illegible], mercredi, à 9 heures et demie, amphithéâtre des cours. — COMBY, Leçons cliniques, samedi, à 10 heures, amphithéâtre des cours. — FÉLIZET, Opérations sur les affections tuberculeuses des os (résections), lundi, à 10 heures; Opérations diverses aseptiques; Opérations des hernies et des tumeurs, jeudi, à 10 heures. — REYNIER, Clinique chirurgicale, vendredi, à 9 heures, au lit des malades.

Laennec : MM. les Drs FERRAND, Thérapeutique clinique (méthode des indications), vendredi, à 9 heures et demie, amphithéâtre des cours; Clinique élémentaire, mardi, à 9 heures, au lit des malades. — LANDOUZY, Clinique et thérapeutique médicales, mercredi, à 9 heures, au lit des malades; jeudi, à 10 heures, amphithéâtre des cours. — NICAISE, Clinique chirurgicale, samedi, à 9 heures et demie, amphithéâtre du service; Clinique élémentaire, mercredi, à 9 heures et demie, dans le service.

Bichat : M. le Dr HUCHARD, Conférences cliniques et thérapeutiques au lit des malades (maladies de l'estomac et des poumons), mercredi, samedi, à 9 heures et demie, salles Louis et Bazin; Consultations et conférences sur les maladies du cœur, jeudi, à 10 heures, salles des cours; Démonstrations d'anatomie pathologique et thérapeutique expérimentales, lundi, à 10 heures, laboratoire, de décembre 1892 à mai 1893.

Broussais : MM. les Drs BARTH, Séméiotique élémentaire et propédeutique médicale, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures, amphithéâtre, jusqu'au 1er janvier 1863; Conférences cliniques et thérapeutiques, mercredi, à 10 heures, amphithéâtre, de janvier à juillet. — CHAUFFARD, Conférences cliniques et thérapeutiques, samedi, à 10 heures, amphithéâtre, jusqu'au 1er février et d'avril à juillet; Examen des malades nouveaux par les élèves, mercredi. — RECLUS, Clinique et opérations, mardi, à 10 heures, amphithéâtre; jeudi, samedi, à 10 heures, salles.

Saint-Louis : MM. les Drs BESNIER, Policlinique, petite chirurgie dermatologique, lupus, acné, etc., mardi, à 9 h., laboratoire Alibert, toute l'année; Affections parasitaires, teigne, traitement des affections du cuir chevelu, mercredi, à 9 heures, laboratoire Alibert, toute l'année; Consultation clinique externe, vendredi, à 9 heures, 38, rue Bichat. — HALLOPEAU, Dermatologie et syphiligraphie, dimanche, à 9 heures et demie, salle des conférences du musée, janvier, février, mars 1893; Consultation clinique externe, lundi, à 9 heures, 38, rue Bichat, toute l'année. — QUINQUAUD, Dermatologie et syphiligraphie, lundi, jeudi, à 10 heures, salle Cazenave (semestre d'été); lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, salle Cazenave (semestre d'été). — TENNESSON, Affections du cuir chevelu, lundi, à 9 heures, laboratoire Biett; Opérations dermatologiques, mardi, à 9 heures, laboratoire Biett; Examen des nouveaux malades, jeudi, à 9 heures, laboratoire Biett. (Reprendra ses cours au mois de mars 1893.) — DU CASTEL, Conférences sur la dermatologie et la syphilis, mercredi, à 3 heures, salle des conférences du musée, avril, mai, juin 1893; Traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, à 9 heures et demie, salle Emery, toute l'année. — CHAMPIONNIÈRE, Opérations et conférences cliniques, mardi, jeudi, à 9 heures, isolement, toute l'année; Cours et conférences de clinique chirurgicale, salle des conférences du musée, toute l'année.

Midi : MM. les Drs MAURIAC, Syphilis et maladies vénériennes (clinique et thérapeutique), samedi, à 9 heures et demie, musée de l'hôpital. — BALZER, Affections vénériennes, jeudi, à 9 heures et demie, salles des malades. — HUMBERT, Clinique chirurgicale et maladies vénériennes; Opérations, à 9 heures et demie, salle d'opérations, à partir de février 1893.

Lourcine : MM. les Drs DE BEURMANN, Syphilis et maladies vénériennes, lundi, 10 heures, jusqu'au mois de juin inclusivement. — ALEXANDRE RENAULT, Syphilis et maladies vénériennes, samedi, à 10 heures, du 1er avril au 15 juillet 1893. — POZZI, Conférences de gynécologie, mercredi, à 9 heures et demie, de janvier à avril 1893.

Enfants-Malades : MM. les Drs J. SIMON, Thérapeutique infantile, mercredi, à 9 heures, amphithéâtre; Consultations cliniques, samedi, à 9 heures, salle de la consultation. — DESCROIZILLES, Maladies infantiles vendredi, à 9 heures et demie, amphithéâtre ou salle Chaumont. (La date d'ouverture sera fixée ultérieurement.) — OLLIVIER, Séméiologie, pathologie et clinique infantiles, lundi, amphithéâtre; vendredi, au lit des malades; Policlinique, mardi, samedi. — D'HEILLY, Fièvres éruptives, rachitisme, mal de Pott, coxalgie, mardi, à 9 heures, salle Roger, à partir de février 1893. — DE SAINT-GERMAIN, Traitement des tumeurs vasculaires et des affections articulaires, jeudi, à 9 heures, amphithéâtre, à partir de février 1893.

Trousseau : MM. les Drs LEGROUX, Maladies de l'enfance, mercredi, à 3 heures et demie, salles Blache et Barrier. — SEVESTRE, Conférences cliniques et examen des malades, mercredi, samedi, à 9 heures, salles Lugal et Triboulet. (Pendant l'été les conférences auront lieu à l'amphithéâtre.) — MOIZARD, Conférences cliniques et examen des malades, lundi, jeudi, à 9 heures, salles Bouvier et Archambault.

Enfants-Assistés : MM. les Drs HUTINEL, Conférences cliniques sur les maladies des nouveau-nés, jeudi, à 9 heures et demie, couloir du bâtiment central, à partir de mars 1893. — KIRMISSON, Maladies chirurgicales de la colonne vertébrale, lundi, vendredi, à 9 heures, couloir du bâtiment central, de mars à juillet 1893.

Salpêtrière : MM. les Drs JOFFROY et J. VOISIN, Maladies nerveuses et mentales, jeudi, samedi, à 9 heures et demie, salle de consultation de l'infirmerie générale, janvier, février, mars 1893. — A. VOISIN, Maladies mentales et nerveuses, dimanche, à 9 heures et demie, salle de réunion à la section Rambuteau, en mai 1893. — SÉGLAS, Séméiologie et diagnostic des maladies mentales, jeudi, à 10 heures, parloir de la section Pinel, à partir de février 1893. — TERRILLON, Affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, mercredi, à 10 heures, salle de consultation de l'infirmerie générale.

La Rochefoucauld : M. le Dr BROCQ, Leçons sur la dermatologie, la syphiligraphie, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures.

Faculté de médecine de Paris.

(Année scolaire 1892-1893).

1o *Limites des Consignations pour examens probatoires.*

1o Les Consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après désignées : Pour le

2e Examen de Doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 14 mars inclusivement; pour le 2e Examen de Doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 11 avril inclusivement; pour le 3e Examen de Doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 11 avril inclusivement; pour le 3e Examen de Doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 23 mai inclusivement; pour le 4e Examen de Doctorat, jusqu'au mardi 6 juin inclusivement; pour le 5e Examen de Doctorat (1re et 2e parties), jusqu'au mardi 4 juillet inclusivement; pour les Examens de Sage-Femme, jusqu'au mardi 4 juillet inclusivement; pour les Thèses, jusqu'au mardi 11 juillet inclusivement. — Officiat : Pour le 1er Examen, jusqu'au mardi 14 mars inclusivement; pour le 2e Examen, jusqu'au mardi 2 mai inclusivement; pour le 3e Examen, jusqu'au mardi 4 juillet inclusivement. — MM. les Etudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées. — 2° Les Elèves ajournés après le 3 juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. Passé le 13 juillet, MM. les Professeurs n'accepteront plus de Présidence de Thèses et ne signeront plus de manuscrits.

2° *Inscriptions.*

2e trimestre de l'année scolaire 1892-1893.

Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 5 janvier 1893. Il sera clos le samedi 28 janvier à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat, et de première année d'officiat, les jeudi 5, vendredi 6, samedi 7, mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13, samedi 14, mercredi 18 et jeudi 19 janvier. 2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les vendredi 20, samedi 21, mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27 et samedi 28 janvier. L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle aux dates ci-dessus indiquées. La 14e inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la 2e partie du 2e examen (physiologie). MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de doctorat et de 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du jeudi 19 janvier.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes ou externes des hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 1er trimestre 1892-1893. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 26. — 3e *de Doctorat* oral (1re *partie*) : MM. Pinard, Jalaguier, Ricard. — (2e *partie*) : MM. Potain, Chauffard, Marie. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Marchand, Delbet, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Déjerine, Gaucher.

MARDI 27. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Debove, Marfan. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Ballet, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie, Charité : MM. Le Dentu, Schwartz, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Peter, Roger, Menetrier.

MERCREDI 28. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Poirier, Sébileau. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Joffroy, Retterer. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 26. — M. Fleury. Essai sur l'anatomie de la rate. — M. Corny. Traitement sur la dacryocystite chronique par le curettage suivi du pansement à ciel ouvert. — M. Bacri. Cure radicale de la hernie ombilicale.

MARDI 27. — M. Kortz. Maladies de l'aorte et du système artériel dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire. — M. Vivier. Contribution à l'étude de l'epilepsie chez les enfants.

MERCREDI 28. — M. Ravé. Contribution à l'étude des dyspepsies par l'electricité. — M. Borno. Contribution à l'étude de la blepharite ciliaire. Essai d'un traitement par la glycérine au sublimé. — M. Giovanoni. Contribution à l'étude des kystes sereux congenitaux. — M. Huguenin. Des résultats éloignés du curettage de l'utérus dans le traitement des endométrites chroniques. — M. Lelandais. Diagnostic et traitement des épanchements sanguins intra-crâniens. (Variété sur duremerienne). — M. Perlis. Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses locales par la méthode sclérogène. (Méthode de M. Lannelongue).

Enseignement médical libre

Conférences d'internat. — MM. MICHON, GUÉPIN, LEVI (Léopold) et PÉRON, internes des hôpitaux, commenceront une conférence d'internat à l'Hôpital Laennec le mercredi 11 janvier, à 3 heures, et la continueront les samedis suivants.

Maladies du nez et leurs relations avec celles de la gorge, du larynx et des oreilles. — Le Dr MADEUF, bi licencié ès sciences, etc., commencera son cours libre à l'Ecole pratique de la Faculté, Amphithéâtre Cruveilhier, le lundi 9 janvier à 5 heures et le continuera les lundi et jeudi à la même heure. Les élèves pourront assister à des conférences pratiques de technique spéciale et de médecine opératoire à sa clinique, 46, rue de l'Arbre-Sec.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 11 déc. 1892 au samedi 17 déc. 1892, les naissances ont été au nombre de 1145 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 431; illégitimes, 161, Total, 592. — *Sexe féminin* : légitimes, 396 ; illégitimes, 157. Total, 553.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 11 déc. 1892 au samedi 17 déc. 1892, les décès ont été au nombre de 1009 savoir : 543 hommes et 466 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 3, T. 10. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 6, F. 2, T. 8. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 9, T. 11. — Diphtérie, Croup : M. 22, F. 21, T. 43. — Affections cholériformes : M. 1, F. 2, T. 3. — Phtisie pulmonaire : M. 118, F. 66, T. 184. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 7, T. 27. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 9, T. 9. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 30, T. 45. — Méningite simple : M. 8, F. 9, T. 17. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 29, F. 24, T. 53. — Paralysie, M. 4, F. 4, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 5, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 33, F. 41, T. 74. — Bronchite aiguë : M. 18, F. 21, T. 39. — Bronchite chronique. M. 27, F. 26 T. 53. — Broncho-Pneumonie : M. 25, F. 31, T. 56, — Pneumonie : M. 19, F. 29, T. 48. — Gastro-entérite, biberon : M. 17 F. 16, T. 33 — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 4, T. 7. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 1, T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 14, F. 13, T. 27. — Sénilité : M. 4, F. 22, T. 26. — Suicides : M. 12, F. 3, T. 15. — Autres morts violentes : M. 11, F. 3, T. 14 — Autres causes de mort : M. 82, F. 83, T. 165 — Causes restées inconnues : M. 6, F. 5, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 81, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 15. Total : 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 11. Total : 36.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un congé sans traitement pour l'année scolaire 92-93 est accordé sur sa demande à M. Lepieque, chef adjoint du laboratoire des cliniques (Hôtel-Dieu) à la Faculté de médecine de Paris. — M. MARETTE, pharmacien de 1re classe, aide du laboratoire des cliniques (Hôtel-Dieu) à la Faculté de médecine de Paris, est chargé pour l'année scolaire 1892-93 des fonctions de chef adjoint du dit laboratoire. — M. CAMUS (Lucien), licencié ès sciences physiques, est nommé, pour l'année scolaire 92-93, aide du laboratoire des cliniques (Hôtel-Dieu) à la Faculté de médecine de Paris en remplacement de M. Marette appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. FAGUET (Charles-Édouard), docteur en medecine, est institué pour un an chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux en remplacement de M. Barret de Nazaris, demissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le Dr FRANCOIS vient d'obtenir de la Faculté de médecine de Montpellier l'autorisation de faire dans cette Faculté un cours public de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. Le cours institué par M. François est appelé à rendre de reels services aux étudiants en médecine, dont le nombre va croissant chaque année à Montpellier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. HARTEMANN (René-Emile), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé

jusqu'à la fin de l'année scolaire 92-93 préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Nancy en remplacement de M. Gillaumont, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — M. LEDRU, professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont est nommé, pour 3 ans, du 20 septembre 1892, directeur de la dite École.

HOPITAUX DE PARIS. — Sous ce titre : *Petit problème à résoudre*, la *Médecine moderne* publie la note suivante : « La question a été posée par M. Strauss au cours de la discussion relative à la création de sous-commissions chargées de visiter les hôpitaux : « Quel est le médecin des hôpitaux, personnage éminent, professeur à la Faculté de médecine, qui en 90 jours n'a paru que 28 fois dans son service ? » La *Médecine moderne* connait très bien le professeur en question et nos lecteurs aussi (Voir le n° 20 de l'année, p. 380).

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE RUSSIE. — L'Académie de médecine militaire a élu M. Pasteur membre honnoraire.

ASILES DES ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours de l'internat; Question écrite : Cordons postérieurs de la moelle (Anatomie et Phisiologie)*. — Les autres questions étaient : Bulbe rachidien ; — Nerf pneumogastrique.

70e ANNIVERSAIRE DE PASTEUR. — La Société médicale suédoise a délégué son président, M. le docteur Erik Nordenson, pour remettre à M. Pasteur, à l'occasion de son 70e anniversaire, une adresse de sa Société et la médaille d'or qu'elle a fait frapper en l'honneur du savant français avec le concours du roi Oscar II, des médecins suédois et d'autres amis de la science en Suède. M. Nordenson est parti pour Paris le 20 ou 21 décembre. M. le docteur C.-A. Lindstrœm, chef des travaux anatomiques à l'Institut de médecine de Stockholm, représentera cette institution à cette même occasion. Le président de la République vient d'aviser la section de médecine et de chirurgie de l'Institut qu'il assistera, le 27 décembre, à la fête qui sera donnée à la Sorbonne en l'honneur du 70e anniversaire de M. Pasteur. — Le programme de la fête que les admirateurs de M. Pasteur se proposent d'offrir à ce savant à la Sorbonne, le 27 décembre, en présence du président de la République, vient d'être arrêté par la commission des membres de la section de médecine et de chirurgie de l'Institut. Le président de l'Académie des sciences. M. d'Abbadie, ouvrira la séance par une allocution et remettra la médaille à M. Pasteur. M. Joseph Bertrand, secrétaire perpétuel, prononcera un discours dans lequel il fera ressortir les immenses services rendus à l'humanité par le savant français.

A l'occasion du soixante-dixième anniversaire de M. Pasteur, l'université de *Genève* a conféré à l'illustre savant le grade de docteur en médecine honoraire. Le diplôme lui sera remis par le docteur Juillard. La Faculté de médecine et la Société de physique enverront les délégués chargés de présenter à M. Pasteur les hommages des savants et médecins genevois. — La Société de médecine de *Berlin* a nommé M. Pasteur membre d'honneur, à l'occasion de son 70e anniversaire.

CONFÉRENCES. — Notre collaboratrice, Mme Edwards-Pilliet, a fait dimanche dernier à l'Institut populaire du Trocadéro une conférence sur l'hygiène appliquée à la prophylaxie des maladies de l'enfance. Disons à ce propos que les journaux politiques qui ont amené cette conférence ont confondu le titre de professeur à l'Ecole d'infirmière de Bicêtre de Mme Pilliet avec celui de médecin de cette hospice. Elle nous prie d'insérer cette rectification, bien que la confusion n'ait pu s'établir dans l'esprit des médecins.

DISPENSAIRE DE LA RUE OUDINOT. — Le Dispensaire gratuit de la rue Oudinot, n° 1, fondé en 1887, dans le but de traiter les enfants sans les hospitaliser et les séparer de leurs familles, organisé et dirigé par M. Risler, maire du 7e arrondissement, a pris rapidement une extension considérable. Les résultats obtenus permettent d'apprécier son incontestable utilité. Le nombre des journées de malades s'est élevé de 26,248, en 1891, à 31,850 pour les onze premiers mois seulement de 1892. Le dispensaire vient de fêter la cinquième année révolue de son existence. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, avait répondu à l'invitation de la municipalité. Après avoir visité le dispensaire, les salles de pansement, d'opérations, ainsi que la collection des appareils dont il dispose, il a exprimé au maire du 7e arrondissement, et à ses collaborateurs, ses félicitations pour une installation si bien entendue et un aménagement si perfectionné. M. Peyron s'est fait également l'interprète de la population de l'arrondissement et de l'administration auprès des dames qui s'intéressent à ce dispensaire ; il leur a adressé des remerciements au nom des enfants qu'elles assistent et au nom de l'administration qui trouve en elles de si précieuses et si dévouées collaboratrices. Le dispensaire est ouvert tous les jours. Les consultations ont lieu les lundi, mercredi, vendredi, de une heure à trois heures.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Cours de M. Albert ROBIN. (Service d'hiver) : Leçons de thérapeutique clinique, vendredi à 9 h. 1/2, amphithéâtre N° 3. Examens des malades nouveaux, clinique de thérapeutique, mercredi à 6 h. salle Piorry et Lorrain. (Service d'été) : Clinique pathologique, jeudi à 9 h. 3/4, laboratoire de service, conférences cliniques par des candidats au Bureau central, lundi, samedi à 10 h.

LE CHOLÉRA EN FRANCE. — *Récompenses*. — Le ministre de l'intérieur a été autorisé à déposer un projet de loi tendant à accorder des décorations dans la Légion d'honneur aux personnes qui se sont distinguées durant la dernière épidémie cholérique. Le projet tend à accorder 2 croix de commandeur, 3 d'officier, 25 de chevalier.

LE CHOLÉRA EN ALLEMAGNE. — D'après le *Reichsanzeiger* (*Moniteur de l'Empire*), on a notifié à l'Office sanitaire, entre le 28 novembre et le 10 décembre, deux cas isolés de choléra à Altona et à Hambourg ; dans cette dernière ville, l'issue a été mortelle ; il est probable que la maladie a été importée. En outre, on a notifié à Hambourg, le 12 décembre, un nouveau décès, et le 16 deux nouveaux cas dans la même maison.

CHOLÉRA EN BELGIQUE. — Du 4 au 10 décembre 1892 : 1 décès ; 2 à Malines ; 2 à Bruges ; 2 à Termonde.

LA CRÉMATION A STRASBOURG. — Le conseil municipal de Strasbourg s'est occupé, dans sa séance du 14 décembre, de la pétition de M. le pasteur Leblois demandant l'installation d'un four crématoire dans un des cimetières de la ville. Le conseil a été d'avis qu'il n'y avait pas lieu de construire un four crématoire aux frais de la ville ; mais il ne s'opposerait pas à ce qu'un four fût installé aux frais de particuliers, qui auraient à demander l'autorisation nécessaire au président de police.

MARINIERS-AMBULANCIERS. — Les mariniers-ambulanciers ont tenu dimanche dernier, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Ozouf d'Entremont, la séance solennelle où sont distribuées les récompenses de l'année. Le grand prix d'honneur a été décerné à M. Verniols et un rappel du grand prix à M. Ch. Renaudin. A. R.

OFFICIAT DE SANTÉ. — M. Bourgeois a adressé aux recteurs des diverses Académies la lettre suivante, en date du 2 décembre 1892. « Monsieur le Recteur, aux termes de la loi sur l'exercice de la médecine qui vient d'être promulguée, il ne sera plus délivré, dans un bref délai, de diplôme d'officier de santé. J'ai l'honneur de vous informer que je suis disposé à convertir en inscriptions de doctorat les inscriptions d'officiat de tous les étudiants qui, depuis le début de leur scolarité, ont obtenu les grades requis pour le doctorat en médecine. J'avais dû, jusqu'ici, restreindre cette faveur à ceux qui tombaient sous le coup de la loi militaire ; il n'y a plus de raison à ne pas l'étendre à tous ceux qui se trouvent dans les conditions ci-dessus indiquées. Ces conversions, qui devront être prononcées par décisions individuelles, ne pourront se faire qu'à titre onéreux. »

SOCIÉTÉ DE L'ALLAITEMENT MATERNEL. — Depuis sa fondation, (1874) la Société de l'allaitement maternel a élevé jusqu'à l'age d'un an 81,425 enfants et a donné 12,815 secours temporaires. De plus, elle possède un refuge-ouvroir où sont reçues des femmes mariées ou célibataires qui, arrivées à la dernière période de leur grossesse, se trouvent sans pain et sans abri. Reconnue comme établissement d'utilité publique en 1880, la Société de l'allaitement maternel et des refuges pour les femmes enceintes a contribué dans une large part à la diminution de la mortalié du premier âge.

SOCIÉTÉ DE PROTECTION DES VICTIMES DU DEVOIR MÉDICAL. — Le bureau de la Société de protection des victimes du devoir médical, sous la présidence de M. le docteur Théophile Roussel, sénateur, a voté un secours de 1,000 francs et une allocation annuelle de 200 francs à la veuve du docteur Piasecki, mort du choléra au Havre, victime de son dévouement. La Société a décidé qu'elle appuierait de tout son pouvoir la demande d'un bureau de tabac faite au Havre en faveur de Mme Piasecki qui se trouve absolument dénuée de ressources et qui a la charge de six membres de sa famille.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DU BUREAU CENTRAL. — La Société des médecins du Bureau central, dans sa réunion de mardi dernier, a émis les vœux suivants qui ont été soumis à M. Peyron : 1° Que le poste de médecin de la station d'enfants athrepsiques de Chatillon-sous-Bagneux et celui de médecin de l'hospice Galignani, de Neuilly, fussent confiés à des médecins des hôpitaux ; 2° Que les hôpitaux temporaires d'Aubervilliers et du Danube fussent transformés en hôpitaux définitifs ; 3° Que pour la composition du jury de l'externat on revint à l'ancien système ; c'est-à-dire que

les membres du jury fussent choisis parmi les derniers nommés au concours du Bureau central en médecine et en chirurgie. La création de la station de Châtillon a été votée en 1889 par le Conseil général. Cet établissement est destiné à recevoir deux catégories d'enfants : Les petits syphilitiques provenant de la nourricerie des Enfants-Assistés, dont la guérison n'est pas assurée, et les petits athrepsiques encore trop faibles pour supporter le transport en province. Cette annexe des Enfants-Assistés comptera 88 berceaux. D'après le projet voté en 1889, le médecin doit être choisi parmi les médecins de la localité « résidant à proximité de la station. » L'établissement est aujourd'hui terminé et doit être ouvert dans quelques mois. Quant à l'hospice Galignani à Neuilly, c'est une maison de retraite fondée par les frères Galignani, à Neuilly, boulevard Bineau. L'hospice renferme 100 lits de vieillards et 4 d'infirmerie. Le médecin titulaire qui reçoit 1.200 fr. d'indemnité annuelle est actuellement le Dr Cayla, ancien interne des hôpitaux (*Méd. mod.*)

Un laboratoire de bactériologie a Vichy. — Nous apprenons que sur la demande du Comité consultatif d'hygiène et un peu aussi peut-être sur celle de la compagnie fermière de Vichy un laboratoire de bactériologie a été provisoirement installé dans un local de l'établissement thermal. C'est M. Pouchet, membre du Comité consultatif d'hygiène, professeur à la Faculté de médecine, qui est chargé d'étudier au point de vue bactériologique l'eau minérale des sources de l'Etat à Vichy.

Nécrologie. — On annonce la mort du célèbre nauraliste sir Richard Owen, qui est décédé en sa résidence de Sheen lodge, dans le parc de Richmond, après une longue maladie. Sir Richard Owen était né à Lancaster en 1804. Il avait étudié la médecine à Edimbourg et à Paris. Devenu, en 1826, membre du collège royal de chirurgie de Londres, il était nommé, peu après, conservateur du musée Hunter, puis professeur d'anatomie comparée à l'hôpital de Saint-Bartholomew et, enfin, à l'âge de trente-deux ans, professeur d'anatomie et de physiologie au collège de chirurgie. Il occupa ce dernier poste pendant vingt années, jusqu'à sa nominanation à la surintendance du département d'histoire naturelle du British Museum. Parmi les œuvres les plus considérables du défunt, il faut citer ses catalogues descriptifs des collections du grand musée anglais, son abrégé d'une *Histoire naturelle générale*, ses études innombrables sur la paléontologie, et notamment ses travaux sur les fossiles. Il est aussi l'auteur d'ouvrages médicaux qui sont demeurés classiques, tels ses *Principes d'ostéologie comparée*, dont il a paru une traduction française. Son opinion faisait en Angleterre autorité dans toutes les questions concernant l'hygiène. Sir Richard Owen, qui était chevalier commandeur de l'ordre du Bain, avait reçu la croix de la Légion d'honneur en 1855, lors de l'Exposition universelle de Paris, à laquelle il avait pris part comme commissaire britannique. Il était associé étranger à l'Institut de France et membre d'un grand nombre de sociétés savantes.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée à** *partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. LAMIRAULT et Cie.
61, rue de Rennes, Paris.

Une question toujours à l'ordre du jour c'est la situation des *Etrangers* sur le territoire français. On trouvera d'autres détails sur les droits civils accordés à l'*Etranger*, ses rapports avec l'administration au point de vue du droit public, les admissions à domicile, la simple résidence, les droits des *Etrangers* relatifs à l'exercice du commerce, leur situation relativement à l'application des lois pénales, etc., dans la 390e livraison de la *Grande Encyclopédie*. Les renseignements ainsi coordonnés forment une série d'articles rédigés par deux de nos éminents jurisconsultes. MM. P.-F. Girard, agrégé à la Faculté de Droit de Paris et E. Dramard, conseiller à la Cour de Limoges. Dans la même livraison on lira avec intérêt un curieux article sur les *Etudiants*, par M. Henry Berenger.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES,
4, rue Antoine-Dubois.

Lloyd Tuckey. — Thérapeutique psychique ou traitement de l'hypnotisme et la suggestion. Traduit de l'anglais par le Dr J.-P. David. Volume in-18 de 283 pages. — Prix . . . . . 3 fr. 50.

Librairie G. STEINHEIL,
2, rue Casimir-Delavigne, 2.

Dauchez (H.). — Note sur quatre-vingt-huit mensurations comparatives du foie à l'état sain et à l'état pathologique chez l'enfant aux différents âges. Brochure in-8 de 25 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

20e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVI. N° 53. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 31 DÉCEMBRE 1892.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'abcès urineux; pathogénie et traitement;

par M. P. BAZY, chirurgien des hôpitaux.

Les malades atteints d'affections des voies urinaires que nous avons actuellement dans nos salles offrent un intérêt assez grand pour que j'attire sur eux votre attention. Nous laisserons pour le moment, si vous le voulez bien, deux calculeux que j'ai opérés par la lithotritie et sur lesquels nous reviendrons, en raison des anomalies que présente leur cas, et nous nous arrêterons simplement sur le n° 20, atteint d'un abcès périurétral ou d'un abcès urineux, pour lui donner le nom sous lequel cette variété d'abcès est généralement connue. L'étude de ce malade me permettra de vous entretenir de certaines particularités que présentent ces abcès et vous indiquer ensuite leur traitement

Il s'agit, comme vous le savez, d'un malade couché au lit n° 20 de la salle Nélaton, qui, entré une première fois, par surprise, pour une simple blennorrhagie, avait été renvoyé à ses occupations avec un traitement approprié. Or, il nous est revenu, 15 jours après, avec un empâtement léger du côté du périnée, qui nous l'a fait admettre immédiatement. Il s'agissait évidemment d'un abcès péri-urétral en voie de formation, de ce qu'on peut appeler un abcès urineux, puisque les abcès de cette catégorie ont pour point de départ le conduit de l'urine; c'est à ce titre seul qu'on peut le dénommer abcès urineux; car bien souvent ils ne contiennent pas, malgré les apparences, une seule goutte d'urine. En revanche, ils contiennent les organismes que l'on retrouve dans l'urine toutes les fois que la vessie et l'urètre sont infectés: staphylocoque, coli-bacille, etc. Le 11 septembre l'empâtement avait fait des progrès et voici ce que nous constations.

La région bulbeuse de l'urètre était tuméfiée; cette tuméfaction reproduisait la forme amplifiée des organes de la région, du bulbe et du tissu spongieux de l'urètre, et elle s'avançait dans la moitié postérieure de la région scrotale; il y avait un peu d'œdème de la peau du périnée, mais les bourses n'étaient nullement œdémateuses, quoique l'œdème les envahisse très facilement, comme vous le savez.

La peau était un peu rouge et la pression très douloureuse; on ne sentait pas de fluctuation, d'une part parce que le pus était profond, comme vous l'allez voir, et d'autre part parce que la douleur empêchait une pression suffisante pour l'apprécier. Malgré cela, je n'hésitai pas à faire endormir le malade qui nous demandait à cor et à cri d'être endormi, afin de procéder à l'incision: on est, en effet, si je puis m'exprimer ainsi, toujours sûr de trouver du pus en pareille circonstance et, de plus, on ne fait jamais l'incision trop hâtivement.

J'ai fait une incision sur la ligne médiane, j'ai été obligé de pénétrer à travers des tissus infiltrés à près de 2 centimètres de profondeur pour trouver le pus; je vous prie de remarquer ce point: il faut en effet toujours *inciser profondément*. Il est sorti un pus blanchâtre, laiteux, comme séreux, très fluide: c'est cette fluidité qui a bien souvent fait croire au mélange de l'urine.

J'ai fait en sorte que la partie la plus reculée de mon incision fût au niveau du point le plus déclive de la cavité purulente; quant à la partie supérieure, je n'ai pas craint d'y laisser un cul-de-sac, dont l'ouverture, située à sa partie la plus déclive, assurait l'évacuation constante et facile; en d'autres termes, je n'ai pas jugé utile de donner à l'incision toute l'étendue de la cavité purulente.

Je n'ai pas jugé utile de mettre un drain dans ce cul-de-sac supérieur et encore moins de le fixer à la peau avoisinant le sommet de ce cul-de-sac par un fil passé au travers, de mettre un *drain au plafond* (c'est là l'expression employée), pas plus que je ne l'ai jugé nécessaire et que je ne l'ai trouvé utile dans les cas d'infiltration d'urine, malgré les recommandations que vous trouverez formulées dans des leçons sur ce sujet; tous mes infiltrés ont rapidement guéri sans que j'aie eu recours à cette *complication* opératoire.

Je me suis contenté, après désinfection de la cavité par les injections d'eau légèrement sublimée, de maintenir les lèvres de la plaie écartées au moyen de quelques mèches de gaze iodoformée. Aujourd'hui, le malade va très bien, la fièvre est tombée, pas une goutte d'urine n'est passée par là, résultat du reste prévu pour deux raisons, la première, c'est que la communication de ces abcès avec l'urètre n'est pas si fréquente qu'on le croit et qu'on le dit; la deuxième, parce que la pression sur l'abcès ne faisait pas sourdre le pus dans l'urètre et enfin parce que nous nous étions assurés par l'exploration du canal qu'il n'existait pas de rétrécissement; mais ce sont surtout les premières conditions qui avaient pour nous le plus de valeur. Ce cas m'a paru digne de votre attention pour plusieurs raisons que je veux vous signaler et sur lesquelles je tiens à insister.

Tout d'abord il n'est pas fréquent d'observer cette forme d'abcès péri-urétraux dans le cours de la blennorrhagie. Les abcès que vous observez, en pareil cas, sont ou des abcès péniens, ou des abcès des glandes de Méry; ce sont ces derniers seuls qui ont quelque analogie avec celui que nous observons; en effet, comme lui ils siègent au périnée, comme lui ils sont volumineux; mais cet abcès de la glande de Méry est latéral, il tend à fuser du côté de l'anus ou de la région ischiorectale et, chose particulière, il a une tendance marquée à se terminer par fistule. J'ai vu 5 cas d'abcès des glandes de Méry, et tous les 5 se sont terminés par une fistule dont la guérison d'ailleurs n'est pas toujours facile à obtenir.

L'abcès que nous avons décrit était, au contraire, exactement médian et avait de la tendance à fuser du côté de la racine de la verge; il avait, en d'autres termes, une disposition inverse de celle de la glande de Méry, se comportant en un mot comme un abcès urineux, dont il avait l'apparence et l'évolution. Voilà donc un premier point; il y a donc ici quelque chose d'anor-

mal que je devais vous signaler. Nous en aurons l'explication, mais jusqu'à un certain point seulement, si nous voulons remonter dans le passé du sujet, car il nous apprendra qu'il y a huit ans il a eu dans cette même région un abcès qui a été ouvert aussi sur la ligne médiane et qui s'était montré dans le cours d'une blennorrhagie, car il n'en est pas à sa première ; mais en vous signalant cette particularité, je ne fais guère que reculer la difficulté.

Ce fait nous éclaire sur la pathogénie des abcès urineux ou soi-disant tels et va nous servir à montrer qu'ils ne sont pas intimement liés à l'existence d'un rétrécissement, et qu'ils n'ont pas une origine mécanique ou aussi mécanique qu'on le supposait autrefois.

Néanmoins, il est juste de dire qu'il était classique de penser que les abcès urineux étaient dus à des lésions de la muqueuse en arrière d'un rétrécissement. Cette lésion (fissure ou ulcération, peu importe) préparait la sortie de l'urine hors du canal de l'urètre : celle-ci filtrait peu à peu à travers les tissus et par l'irritation qu'elle causait donnait lieu à un abcès. Substituez au mot urine le mot microbe, prenez le mot fissure ou ulcé. ation dans son acception théorique : *porte d'entrée*, et vous aurez la pathogénie actuelle. Il est certain que c'est la sortie des microorganismes du canal de l'urètre, que c'est leur infiltration dans les tissus péri-urétraux qui déterminent l'abcès urineux ; depuis que Pasteur a démontré que l'urine était un liquide aseptique, il était évident pour tous que l'abcès dit urineux était un abcès microbien ; il ne restait plus qu'à chercher le ou les microbes qui le déterminaient, car vous savez que les microbes pyogènes sont assez nombreux.

Cet envahissement des tissus péri-urétraux par les micro-organismes est assurément préparé par le rétrécissement, mais il n'est pas la conséquence mécanique de ce rétrécissement ; il n'est pas davantage lié à l'étroitesse des retrécissements, et les altérations du canal en arrière ne sont pas en rapport avec le degré de la stricture ; bien plus, ce n'est pas toujours en arrière du rétrécissement que les abcès prennent naissance, mais bien souvent au niveau du rétrécissement lui-même. Il en est de ces rétrécissements urétraux comme des rétrécissements rectaux. Nous avons actuellement dans notre salle de femmes deux malades atteintes de rétrécissement syphilitique du rectum : l'une a un rétrécissement dans lequel la pulpe de l'index a beaucoup de peine à s'engager sans pouvoir s'y introduire bien avant ; l'autre permet facilement l'introduction de l'index, et cependant la première est exempte de fistule et d'abcès ; la deuxième, au contraire, a la région ano-vulvaire criblée d'orifices comme une pomme d'arrosoir ; ce sont les orifices externes de trajets fistuleux dont les orifices internes se trouvent soit au niveau, soit même au-dessous du rétrécissement.

Il en est de même pour les rétrécissements de l'urètre : ainsi que pour ceux du rectum, le point de départ n'est pas toujours en arrière du rétrécissement ; il peut encore se trouver à son niveau ; les micro-organismes envahissent le tissu de nouvelle formation qui constitue le rétrécissement et y creusent des abcès ; c'est ainsi qu'on a pu voir des rétrécissements disparaître après formation d'abcès urineux. Les conditions réellement déterminantes de l'abcès sont donc, non l'étroitesse des rétrécissements, mais le degré d'infection de l'urètre et de l'urine et le degré de résistance de l'organisme aux causes d'infection ; il est certain que tous les sujets ne sont pas égaux à ce point de vue, de même qu'on voit des individus voués fatalement aux blennorrhagies et d'autres qui passent au travers de tous les gonocoques et autres microbes pyogènes sans en être aucunement incommodés.

Je vous ai dit que chez notre malade cet abcès était survenu dans le cours d'une blennorrhagie et en l'absence de tout rétrécissement. A un point de vue strict et absolu, j'ai peut-être tort de vous dire qu'il n'existait pas de rétrécissement ; mais j'ai néanmoins le droit de dire que s'il existe il est bien faible. En effet, après avoir incisé et vidé l'abcès, j'ai pris une bougie à boule, c'était un n° 16. Or ce n° 16 est passé sans la moindre difficulté à l'aller et sans donner au retour la plus petite sensation de ressaut. C'est donc un rétrécissement négligeable, s'il existe.

(Je viens d'ouvrir, avec le Dr Pioger (d'Asnières), un abcès survenu dans les mêmes conditions ; il n'existe pas non plus de rétrécissement puisque le malade a pu être sondé 15 jours auparavant avec une sonde en caoutchouc rouge.)

J'ai pris la précaution, chez notre malade, de faire ce cathétérisme après avoir fait l'incision et l'évacuation de l'abcès, pour éviter une cause d'erreur, celle qui pouvait résulter de la pression exercée par l'abcès sur le canal de l'urètre, pression capable de diminuer le calibre du canal. Il est possible, sans que j'en aie la démonstration pour ce cas, que, si j'eusse fait l'exploration avant l'incision de l'abcès, je n'eusse pas pu passer le n° 16, ou du moins le passer aussi facilement. Ce qui est certain, c'est que certains rétrécissements sont dus à des lésions péri-urétrales, et que la section des brides du tissu fibreux péri-urétral suffit à faire disparaître le rétrécissement ; il n'y aurait donc rien d'étonnant à ce qu'une lésion aiguë pût agir sur le calibre du canal. Ce qui est possible aussi, c'est que les abcès urineux puissent être observés plus souvent en l'absence de tout rétrécissement sinon appréciable, du moins notable ; on explore le canal avant l'incision de l'abcès et on le trouve étroit ; il est possible que, si on l'eût exploré après, on l'eût trouvé moins étroit ou tout à fait libre.

Vous avez vu que j'ai incisé cet abcès, alors qu'il était difficile, sinon impossible d'y sentir de la fluctuation ; je n'ai pas hésité néanmoins à le faire, certain que je rencontrerais du pus ; je l'ai fait avant que d'autres lésions ne vinssent compliquer celle qui existait déjà. Ces abcès ont en effet une marche rapide, et la présence du pus peut y être signalée dès les premiers jours. Il importe d'autant plus d'inciser de bonne heure que l'on prévient des désordres et en particulier l'ouverture secondaire de l'urètre : en effet, tel abcès qui, au début, ne communiquait pas avec l'urètre quoique ayant une origine urétrale, peut communiquer avec lui plus tard, si on permet à l'abcès de s'étendre et d'ulcérer l'urètre ; cette communication sera alors secondaire, bien loin d'être primitive et d'être le premier temps, en quelque sorte, de l'abcès.

Nous avons un exemple de cette communication secondaire de la cavité d'un abcès avec l'urètre chez ce vieillard qui a été couché longtemps dans un lit voisin, en face de notre malade, et qui a fini par mourir cachectique de pyélo-néphrite chronique secondaire.

Comme vous le savez, ce malade avait été admis, pour des raisons particulières, dans un service de médecine : il était porteur d'un abcès urineux consécutif à un rétrécissement de l'urètre. Cet abcès avait été ouvert, mais malheureusement avait été un peu négligé ;

quand on nous a demandé de le prendre dans notre service, nous avons constaté qu'il existait un cul-de-sac du côté de l'anus qui laissait séjourner le pus ; or cet abcès, au début, ne communiquait pas avec l'urètre, car, pendant plus de trois semaines après l'ouverture, jamais on n'avait constaté l'écoulement d'une seule goutte d'urine. Ce n'est qu'au bout de ce temps que la communication s'était établie, et elle m'a paru due à la présence et à la stagnation du pus.

J'ajoute que le rétrécissement dont était atteint ce malade n'était pas particulièrement serré, puisqu'il laissait passer facilement le nº 12 de la filière Charrière. Pour en revenir à notre malade, je vous dirai : Voilà donc un nouvel exemple d'un abcès urineux ne communiquant pas primitivement avec l'urètre. Il faut avoir ces cas présents à l'esprit et vous dire qu'ils sont communs ; on pourrait presque dire qu'ils constituent la règle. La connaissance de cette particularité vous guidera dans la conduite à tenir en face de ces abcès. Vous lirez en effet des travaux qui tendent à prouver que l'incision seule de l'abcès ne peut suffire dans les cas qui compliquent les rétrécissements ; vous y lirez que cette incision est toujours suivie d'une fistule et que la meilleure façon d'éviter la fistule est de pratiquer, séance tenante, l'urétrotomie interne.

Pour que ces observations fussent probantes, il faudrait démontrer que, dans les cas qu'elles relatent, cette communication existait, et, en outre, que cette communication est la règle dans les cas d'abcès urineux. En réalité, dans la grande majorité des cas, on évite la fistule, parce qu'elle ne doit pas se produire ; je crois, en outre, que souvent on urétrotomise des canaux que la dilatation seule eût suffit à calibrer ; avant l'ouverture de l'abcès on croit étroits des canaux qui, après ouverture, se trouvent être relativement larges, d'où double raison pour ne point faire l'urétrotomie : en effet, la crainte de la fistule est souvent illusoire, et, d'autre part, le canal n'est pas toujours assez étroit pour justifier l'urétrotomie interne ; celle-ci n'est pas justifiée non plus par les phénomènes généraux qui s'amendent et disparaissent par le seul fait qu'on a évacué le foyer d'infection, c'est-à-dire l'abcès. Un autre caractère de l'abcès urineux que nous retrouvons chez notre malade, c'est, je ne dirai pas la facilité, mais la fréquence relative de la récidive qui tient à la persistance ou au retour des causes qui l'ont amené : je veux parler de l'infection de l'urètre. A huit ans d'intervalle notre malade a une blennorrhagie ; à huit ans d'intervalle il a un abcès urineux. Cette évolution est-elle fatale ? Assurément non, mais la connaissance des antécédents doit nous mettre en garde pour le présent et pour l'avenir chez tout malade qui, ayant actuellement une blennorrhagie, aura eu un abcès périurétral dans une blennorrhagie antécédente. Nous devons aussi bien nous pénétrer de la nécessité d'assurer l'asepsie de l'urètre et agir par conséquent sur lui ou sur la vessie et l'urine, dans le cas où celles-ci seraient infectées.

Pour nous résumer, nous dirons que l'abcès urineux avec tous ses caractères de siège, d'évolution, peut s'observer en l'absence de tout rétrécissement appréciable ; que, quand il coïncide avec un rétrécissement, il n'est nullement en rapport avec le degré de stricture ; tel rétrécissement étroit ne sera jamais compliqué d'abcès urineux, alors qu'on observera cet abcès sur un rétrécissement large.

L'abcès urineux ne communique pas le plus souvent avec l'urètre.

Il faut l'inciser de très bonne heure et largement, et il suffit de l'inciser pour remédier aux accidents immédiats ; cette incision sera souvent la seule opération nécessaire ; dans tous les cas, même dans les cas de rétrécissement, il n'y aura pas toujours lieu de redouter de fistule urinaire après l'incision, surtout si celle-ci a été précoce ; à plus forte raison ne serat-il pas nécessaire de faire l'urétrotomie interne pour la prévenir.

OTOLOGIE

Hôpital Cochin. — Service de M. le Dr **QUÉNU.**

Syndrome de Ménière. Agoraphobie. Signe de Romberg dans la maladie de Bright ;

par le Dr Pierre BONNIER (de Paris).

Dans la consultation externe pour les *affections des oreilles, du nez et de la gorge* que M. le Dr Quénu a annexée à son service en février 1891 et dont il a bien voulu nous charger, nous avons pu recueillir un certain nombre de cas d'affections vestibulaires liées au mal de Bright. Il y avait chez la plupart de nos malades des lésions auriculaires plus ou moins évidentes ; mais l'organe n'a, dans aucun cas, et cela intentionnellement, été modifié par une épreuve d'enquête ni par le traitement local avant la disparition des symptômes en question. Ces malades ont été à dessein soumis tout d'abord au régime lacté, et, sauf chez l'un d'eux que nous n'avons pas revu, les symptômes auriculaires ont disparu sous l'effet d'un traitement directement adressé à la lésion rénale ; ce n'est qu'à ce moment que nous avons cherché à mettre l'oreille interne et moyenne en état de compenser par son élasticité et la mobilité de ses parties oscillantes un trouble de tension des liquides endo et périlymphatiques dû à l'insuffisance rénale.

Nous croyons utile de faire précéder ici les observations cliniques d'un exposé théorique qu'elles nous ont suggéré, notre interprétation ne devant altérer en rien la physionomie clinique des cas étudiés.

Chaque organe sensoriel a une double fonction : tout d'abord il est accessible à des irritations d'une nature spéciale qui provoquent des perceptions également distinctes : son, couleur, chaleur, contact, etc. Ces perceptions, dues à des éléments fonctionnels différents, ne sont pas réductibles entre elles, ni superposables, au moins objectivement. De plus, chaque organe, de par son économie et sa distribution topographique, a la propriété de définir le lieu des points perçus par lui.

La vision se complète ainsi par un sens de l'espace visible, l'audition par un sens de l'espace ébranlé, le toucher par un sens tactile de l'espace, etc. Cette propriété de localisation qui est, non plus élémentaire, mais organique, constitue l'*orientation objective* et définit l'espace par rapport à nous, dans chaque domaine sensoriel. Inversement et par le même organe, notre situation dans l'espace objectivement révélé nous est rendue perceptible, et c'est ce qui constitue l'*orientation subjective*.

Par l'œil, qui nous révèle l'espace lumineux, coloré, nous connaissons notre attitude et nos déplacements dans l'espace objectif ; par l'ouïe nous sommes en rapports avec l'espace ébranlé, avec, en plus, les perceptions vestibulaires qui nous révèlent par l'inertie des liquides de l'oreille interne les déplacements angulaires du segment céphalique dans l'espace ; par les perceptions tactiles externes nous analysons notre propre position dans l'espace touché ; par les perceptions tactiles internes nous apprécions l'action de la pesanteur sur les segments superposés de notre corps, l'antagonisme de nos contractions musculaires, le sens et l'étendue de nos inflexions, etc.

L'orientation objective nous habitue à certaines dimensions de l'espace plus qu'à d'autres ; de même l'orientation subjective se rapporte le plus souvent à nos attitudes familières. Aussi, c'est dans les perceptions d'espace qui nous sont les moins habituelles, dans les attitudes rares, qu'apparaîtront tout d'abord les insuffisances de nos analyses sensorielles d'orientation. Les mesures verticales de l'espace sont celles que nous employons le moins, parce que nous nous déplaçons toujours sur un sol horizontal dans lequel nous n'avons guère affaire qu'aux mesures prises en largeur ou en longueur.

C'est aussi par le vertige vertical, c'est-à-dire le mal des hauteurs, la peur des chutes, que débutera la manifestation de nos insuffisances sensorielles d'orientation subjective. Ce vertige, le plus répandu, est d'autant plus sensible, qu'il se produit dans les attitudes les plus défavorables au maintien de l'équilibre. Dans d'autres cas, et généralement chez des malades depuis longtemps affectés de vertige des hauteurs, apparaît le vertige horizontal, la peur des espaces largement ouverts devant soi, l'*agoraphobie*.

Cette forme, plus rare, indique une insuffisance sensorielle très accentuée quant aux fonctions d'analyse de l'espace, et se traduisant tout d'abord par de l'hyperesthésie. En résumé, des trois dimensions de l'espace naissent autant de formes de vertige qui sont par ordre de fréquence : le vertical pour l'œil et l'oreille,— le sagittal pour l'oreille surtout, vu sa position latérale,—le transversal pour l'œil, à cause de sa position faciale, — enfin le transversal pour l'oreille, surtout en cas de lésion unilatérale, et le sagittal pour l'œil. Dans chacun de ces plans, mais moins dans le vertical, la forme du vertige est le plus souvent circulaire, les mesures d'orientation sensorielle étant généralement angulaires avec la tête pour centre.

Chez l'ataxique les perceptions tactiles internes sont en général, sinon abolies, au moins très altérées, surtout pour le membre inférieur; chez un sourd-muet les perceptions d'orientation labyrinthique sont nulles le plus souvent; chez l'aveugle le sens oculaire de l'espace n'existe pas.

Dans la recherche du *signe de Romberg*, en fermant les paupières, on supprime du coup la vue, l'orientation objective et subjective dans l'espace visible ; par la jonction des pieds, la diminution excessive de la base de sustentation, la symétrie, l'immobilité et la régularité des attitudes segmentaires du corps, on réduit au minimum le champ d'investigation et la facilité des analyses d'espace par le sens tactile externe et interne, chez l'homme sain, et à plus forte raison quand il y a sclérose des cordons postérieurs. C'est donc surtout par le labyrinthe que le sujet sera prévenu de ses oscillations angulaires au-dessus du sol et des irrégularités qu'il commet dans l'exercice de son équilibration dans la station droite.

Les troubles labyrinthiques sont loin d'être rares chez les ataxiques, de même chez les brightiques, et l'insuffisance vestibulaire sera la règle chez le sourd-muet.

Le signe de Romberg apparaîtra donc généralement chez le sourd-muet (Aloys Kreidl), très fréquemment chez le tabétique. Nous venons de l'observer chez un brightique et nous sommes convaincu que cette observation ne sera pas isolée. Le signe de Romberg peut dans bien des cas être considéré comme un signe de début d'insuffisance vestibulaire, compensée pendant longtemps par l'orientation subjective de l'œil ou du tact. A un degré plus élevé apparaissent les vertiges passifs, vertige vertical ou horizontal, mal des hauteurs ou agoraphobie. Enfin le vertige actif avec titubation, propulsion, rétropulsion, latéropulsion, avec chutes irrésistibles, étourdissement allant jusqu'à la perte de connaissance, avec forme léthargique ou attaques épileptiformes.

Nous ne donnerons pas les vingt observations que nous avons réunies et nous supprimerons les signes de mal de Bright que les malades présentaient tous à différents degrés et dont la répétition serait fastidieuse. Cinq observations de vertige de Ménière dans le mal de Bright ont été publiées par nous dans les *Bulletins de la Société d'Otologie et de Laryngologie de Paris, Brightisme auriculaire*, (Juin 1892) avec les développements que comportait le sujet; les suivantes présentaient des symptômes analogues. Nous nous bornerons aux trois observations qui suivent :

Observation I. — Mme Sch..., 26 ans. Enceinte de huit mois et demi. Avant cet enfant, elle en a eu sept autres qui sont morts après quelques jours, bien constitués, dit-elle. La mère avait eu chaque fois des attaques éclamptiques et elle en a encore actuellement depuis le dernier mois. Elle présente comme symptômes associés une forte albuminurie, avec des œdèmes généralisés, de l'anasarque passagère, des crampes, des secousses, des raideurs subites la nuit, de la cryesthésie, le doigt mort, des oppressions qu'expliquerait d'ailleurs seul son état de grossesse, le bruit de galop. Sa vue se trouble fréquemment ; elle a à droite un *bourdonnement* d'oreille qu'elle suspend en comprimant le méat avec le doigt ; un peu de *surdité* et un *vertige* qui revient plusieurs fois par semaine, la jetant invariablement à droite. Elle est plusieurs fois tombée ainsi, dans la rue, et a été ramenée, soit chez elle, soit à l'hôpital dans un état de résolution absolue, ne perdant pas un mot de ce qui se disait autour d'elle, mais incapable de faire le moindre mouvement ni d'ouvrir les yeux Cet état dure quelquefois plusieurs heures. Le régime lacté l'a toujours soulagée. Aucune lésion appréciable des oreilles.

Obs. II. — Mlle C..., 17 ans, vient consulter pour une rhinite atrophique et des étourdissements. L'interrogatoire révèle des signes nombreux de mal de Bright. Son vertige, qui revient par crises fréquentes, s'accompagne de titubation, de bourdonnement d'oreilles et de surdité passagère. Elle est en outre affectée à la fois de mal des hauteurs et d'*agoraphobie*. Elle se dit sujette à des tristesses profondes sans motif objectif et de peu de durée ; et, de plus, à une hallucination dont le caractère constant est la sensation d'une personne se jetant brusquement et bruyamment sur elle dès qu'elle ouvre une porte ou une fenêtre, ou quand elle se trouve inopinément devant un grand espace ouvert et libre. La vue semble étrangère à cette hallucination, car la malade ne peut la définir par des termes de formes ou de couleurs. Elle sent que quelqu'un *va* se jeter et elle l'*entend*, mais ne voit que l'espace ouvert. Cette malade nous a présenté une sœur, sa nièce et son neveu, qui tous trois ont également de l'ozène et offrent différentes formes de vertige associées aux manifestations brightiques.

Obs. III. — M. D..., 60 ans, me fut adressé avec le diagnostic de vertige de Ménière. Il fut pris un soir, il y a un an, d'un violent vertige qui le précipita à terre, sans lui faire perdre connaissance. La maison s'écroulait sur lui et l'entraînait sous terre avec une vitesse prodigieuse. Cette forme de vertige dura toute la journée suivante, et revint ensuite presque chaque jour avec plus ou moins d'intensité, à tout instant. La peur des grands espaces dépourvus d'appuis auxquels il eût pu se retenir dégénéra rapidement en une *agoraphobie* vraie qui lui interdisait de rester même assis dans les endroits découverts. Ce malade n'avait d'autres signes de Brightisme qu'un peu d'albumine, des troubles gastriques et une pollakiurie extrême qui l'obligeait à s'éloigner à chaque instant. Ces symptômes, douloureux et se présentant sous forme de crises gastriques et vésicales, avec son agoraphobie, son vertige de Ménière et le *signe de Romberg*, pouvaient le faire regarder comme un tabétique au début. Tout disparut en moins de deux mois par un régime lacté assez irrégulier, alors que le naphtol, le bismuth, la morphine, les alcalins et les bromures, et le sulfate de quinine n'avaient rien modifié.

Oblitération tubaire, sclérose et rétraction tympanique à gauche. Les bourdonnements ont persisté jusqu'à ce jour.

Nous pourrions rapprocher de ces cas d'agoraphobie observés à l'hôpital deux autres cas chez des neurasthéniques dont l'un franchement brightique est aujourd'hui guéri ; et chez lesquels la peur de l'espace poussée à l'extrême, a également débuté jadis par un stade de vertige subjectif auquel l'agoraphobie objective a rapidement succédé.

Chez d'autres malades franchement brightiques, la plupart sans albumine, on relève des étourdissements, des éblouissements, et de plus suivant les cas : 1° vertige vio-

lent avec latéropulsion droite, plusieurs fois suivie de perte de connaissance (côté de la lésion auriculaire); 2° état vertigineux léger, mais incessant; 3° vertige intense à chaque époque menstruelle, avec sifflement, chute en arrière et perte de connaissance; 4° vertige léger avec propulsion parkinsonienne; 5° vertige fréquent avec rétropulsion constante; 6° vertige circulaire intense, chute et perte absolue de connaissance; 7° accès fréquents de vertige avec convulsions; 8° vertige chaque matin au lever, durant près d'une heure; 9° vertige avec chute immédiate en arrière; 10° vertige avec chute irrésistible à gauche (du côté de l'oreille atteinte); 11° vertige violent au lever et après le repas; 12° vertige circulaire.

Dans ces différents cas, le traitement lacté semble avoir diminué la tension des liquides labyrinthiques et restauré leur composition normale. Quelle que soit la lésion auriculaire, les symptômes vestibulaires tels que vertige, agoraphobie et peut-être aussi le signe de Romberg nous apparaissent comme devant justifier la recherche des signes de néphrite et comme devant presque toujours bénéficier du traitement général; alors que le traitement local restera souvent impuissant, s'il est seul employé. Le traitement lacté a sur le sulfate de quinine l'avantage de guérir à la fois le vertige et la surdité; au lieu de guérir le vertige en exagérant la surdité.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etudes sur l'organisation du Service de santé.

6e *article*.

VI. — Le Matériel de Pansement.

On aura sans doute remarqué qu'en écrivant les articles précédents, notre unique souci a été d'exposer, aussi consciencieusement que possible, la situation qui serait faite à l'heure présente au Corps de santé militaire, si la guerre venait à éclater subitement.

Tout en laissant entrevoir l'absence de toute idée directrice et raisonnée à la base de la mobilisation du personnel officier et l'insuffisance numérique et professionnelle des infirmiers de visite, nous avons toujours plaidé les circonstances atténuantes en faveur de la 7e Division et de son chef. De parti pris, nous avons incriminé la loi annuelle des finances, l'insuffisance du cadre actif, la non-observation des instructions ministérielles concernant le recrutement des infirmiers ou les inconséquences de la loi sur le recrutement.

Nous estimons, en effet, que, même en présence de présomptions graves, il faut s'abstenir d'accuser d'imprévoyance ou d'impéritie celui que la confiance du Ministre a placé et maintenu depuis bientôt six ans à la tête d'un service qui, par toutes ses racines, touche au cœur même de la nation.

Le matériel de relèvement et de transport des blessés semble, jusqu'à un certain point, échapper à la critique. La réflexion suffit pour montrer qu'il représente la partie la plus élémentaire de l'organisation générale du Service de santé en campagne, pour ne pas dire la plus accessoire. C'est aussi celle qui se prête le mieux à éblouir l'imagination d'un public superficiel, afin de se concilier ses suffrages et ses louanges.

Organiser périodiquement des trains sanitaires, les faire circuler sur les grandes lignes, en conviant toute la presse à des excursions qualifiées « d'expérience d'évacuation pour train sanitaire improvisé, » et où rien ne manque, sauf les blessés et l'improvisation, c'est sans contredit l'A B C de la réclame. Nous sommes certain que le chef de la 7e Direction, en agissant ainsi, s'inspire uniquement des intérêts du Corps de santé dont la direction lui est confiée. Les esprits sérieux et réfléchis se refuseront, toutefois, à considérer ces promenades périodiques comme le véritable *criterium* d'une bonne organisation du Service de santé en campagne.

Quel que soit l'intérêt qui peut s'attacher à tel ou tel mode de suspension, ils feront observer, non sans raison, qu'il est infiniment plus malaisé d'amener les blessés depuis le champ de bataille jusqu'au quai d'embarquement que de les embarquer dans un wagon qu'on a eu tout le loisir d'aménager.

Pour les amener à ce quai, il faut, en effet, les mettre en état de pouvoir être transportés, au milieu des circonstances les plus difficiles, en leur assurant des soins appropriés dont l'exécution dépend surtout du plus ou moins de perfection et de méthode apportées à l'organisation du matériel des pansements. Celle-ci, purement technique et professionnelle, demeure l'œuvre personnelle et exclusive de la 7e Direction, sans que nulle influence étrangère ait pu y apporter la moindre entrave. Nous l'exposerons en demeurant fidèle à notre impartialité, afin d'éviter au lecteur le double écueil de louer sans raison ou de blâmer sans justice.

La charpie, avec les bandes et du vieux linge en toile de coton, formait seule le matériel de pansement proprement dit des armées en campagne, jusqu'après la guerre de 1870. On n'en connaissait point d'autre; on peut même dire qu'on ne lui reconnaissait aucun défaut, pour ainsi dire; l'origine des complications des plaies restant un mystère, et les blessés étant soignés sur place ou à proximité du champ de bataille jusqu'à guérison presque complète.

Si l'on connaissait tous les dangers qui résultaient de l'encombrement, on n'avait toutefois pu organiser le Service de santé en campagne sur la base fondamentale des évacuations rapides et en masse vers l'intérieur du territoire national, au loin du terrain des opérations militaires.

D'autre part, grâce aux effectifs restreints des armées, on réussissait tant bien que mal à s'approvisionner en vieux draps et en charpie, malgré la nécessité de confectionner celle-ci à la main, en s'adressant dès le début de chaque guerre à toutes les bonnes volontés comme à toutes les pitiés.

Dans l'ancienne armée chaque division, forte de 10,000 hommes, devait être dotée d'une ambulance. Les divisions réunies, au nombre de trois, constituaient le Corps d'armée dont le quartier général était pourvu à son tour d'une ambulance, laquelle devait posséder des ressources en matériel et en personnel théoriquement égales à la somme des ressources des trois ambulances divisionnaires.

La matériel de pansement d'une ambulance divisionnaire était calculé à raison de 2,000 pansements divers, dont 1,500 pansements simples, et le règlement du 1er avril 1831 donnait à chacun de ceux-ci la composition suivante :

Charpie	32	grammes
Bande roulée	66	—
Petit linge	32	—

Soit au total, et pour un Corps d'armée de 30,000 hommes à 3 divisions : 384 kilogr. de charpie.

Mais à la place des Corps d'armée mobilisés au début de la guerre de 1870, avec leurs trois ambulances, la mobilisation générale comprend aujourd'hui 38 Corps d'armée emmenant avec eux 532 ambulances et hôpitaux de campagne, tous pourvus, dès le temps de paix, de tout leur matériel de pansement calculé d'après des estimations dont nous aurons à parler.

En dehors de ces formations sanitaires qui font partie intégrale des Corps d'armée mobilisés, il y a lieu de pourvoir, dès le temps de paix, les ambulances des divisions de cavalerie indépendantes, les hôpitaux et ambulances des camps retranchés, des troupes de montagne, des formations secrètes et de tous les établissements échelonnés le long des lignes d'évacuation.

Ajoutez le matériel de pansement nécessaire aux formations régimentaires des armées de 1re et de 2e ligne, également réuni dès le temps de paix, et joignez à cet immense stock un stock de réserve non moins considérable pour le ravitaillement de ces mêmes formations. Rappelons enfin les 280 et quelques hôpitaux militaires ou militarisés, situés sur le territoire national, qui devront également être dotés de tout ce qui est nécessaire aux soins à continuer aux blessés que leur amèneront les trains et convois d'évacuation.

Sans entrer ici dans le détail du calcul, et en se référant uniquement aux données statistiques des guerres des 50 dernières années, on peut estimer au bas mot à 15,000,000 de pansements simples, la consommation que la prudence la plus élémentaire exige de prévoir pour la guerre future. Nous ne faisons pas figurer dans ce total les pansements que nécessiteront les plaies compliquées de fractures.

Sur ce total, 2,600,000 (en chiffres ronds et y compris les pansements individuels) doivent être constamment tenus prêts dès le temps de paix pour les dotations réglementaires des formations sanitaires des 38 Corps d'armée mobilisés.

Ce formidable matériel doit offrir toutes les conditions exigées par les méthodes antiseptiques et par la nécessité de munir d'un pansement sec tous les blessés qu'on évacue, c'est-à-dire qu'il devra être imprégné de substances antiseptiques énergiques et être doué d'un pouvoir absorbant considérable.

Constitué en très grande partie dès le temps de paix, pour être manutentionné sur roues dans les voitures et fourgons des ambulances, ou dans les magasins de réserve des régiments et des corps d'armée jusqu'au jour de la mobilisation, il faut que ce matériel conserve toutes ses qualités pendant un nombre d'années indéterminé et qui échappe à toute prévision.

On ne saurait, en effet, songer à renouveler en temps de paix un approvisionnement aussi considérable, en faisant consommer par les hôpitaux militaires les objets de pansement qui atteignent la limite de leur conservation. Le nombre de ces hôpitaux est trop restreint, et c'est un motif de plus pour regretter l'aliénation de deux des plus grands établissements hospitaliers du gouvernement militaire de Paris, sur la seule promesse qu'on construirait un hôpital suburbain et un hôpital à Toul.

Une Direction véritablement consciente de la gravité des intérêts qu'elle est chargée de défendre, se serait rappelée, à cette occasion, l'inexécution de l'article 1er de la loi du 7 juillet 1877, ainsi conçu : « Chacun des Corps d'armée de l'intérieur aura, dans la région qu'il occupe, et autant que possible au chef-lieu du Corps d'armée, un établissement hospitalier militaire destiné à l'instruction spéciale du personnel, à la préparation et à l'entretien du matériel nécessaire au Corps d'armée, pour le service hospitalier en cas de mobilisation. »

Pas un seul hôpital régional n'a été construit depuis la promulgation de cette loi, et, à l'heure qu'il est, 8 Corps d'armée sont dépourvus de tout hôpital militaire. On s'imagine aisément l'ignorance professionnelle des infirmiers des huit sections affectées à ces régions.

Les hôpitaux civils militarisés qui reçoivent les militaires malades ne sont pas tenus de s'approvisionner en matériel de pansement au Magasin central des hôpitaux militaires. Ajoutons enfin que tout ce matériel doit être préservé de l'humidité et des poussières par un enveloppement imperméable, qu'il doit être réduit sous le plus petit volume possible, les moyens de transport étant limités en temps de guerre, et qu'il est indispensable d'en grouper les divers éléments par espèces et catégories, pour faciliter l'arrimage et les ravitaillements.

En se basant sur les fixations, pourtant si réduites, du règlement du 1er avril 1831, on trouve que ces 15,000,000 de pansements simples représentent :

480	tonnes	métriques	de charpie.
480	—	—	de petit linge.
990	—	—	de bandes roulées.

Ce total de 1,950 tonnes métriques représentent la charge maxima de plus de 6 (six) trains de marchandises, formés de 30 wagons chacun !!!

L'esprit demeure confondu en présence de ces chiffres, qui ne traduisent pourtant qu'une toute faible partie du matériel de pansement. Mais, à côté de l'impossibilité de pouvoir se procurer une quantité aussi énorme de charpie, celle-ci présente encore l'inconvénient grave de posséder un pouvoir absorbant très faible, de manquer d'élasticité, de se feutrer quand elle est comprimée et d'être suspecte de contenir toutes les variétés de germes pathogènes, en raison même de son origine.

Toutefois l'Administration de la guerre avait dû en réunir des quantités considérables quand l'industrie vint heureusement supprimer toutes les difficultés, en permettant de substituer à la charpie le coton hydrophile, qu'elle réussit à fabriquer en grand par des procédés perfectionnés. D'une blancheur remarquable, souple, élastique, reprenant son volume primitif après une compression énergique et prolongée, doué d'un pouvoir absorbant égal à 16 ou 20 fois son poids, ce coton hydrophile réunissait toutes les qualités requises pour en faire la base des approvisionnements du Service de santé. Vers la même époque MM. Weber, alors médecin principal, et Thomas, pharmacien-major de 1re classe, réussirent, au moyen de procédés chimiques,

à transformer l'étoupe commune en une substance d'une blancheur éclatante, douce au toucher, possédant les mêmes qualités d'absorption et d'élasticité, après compression, que le coton hydrophile, avec un prix de revient presque moitié moindre. Le procédé fut aussitôt mis en œuvre par un industriel, M. Froyer, qui créa à Saint-Rémy, dans le Calvados, un établissement modèle occupant actuellement 400 ouvriers exclusivement employés à la fabrication de matériaux de pansement. Cette maison, unique en France par l'importance de son outillage, peut satisfaire à tous les besoins de l'Administration de la Guerre. En même temps que l'étoupe, et suivant le même procédé Weber et Thomas, elle fabrique des bandes en tissu fin de coton, ainsi que des compresses en tarlatane désapprêtée d'une qualité et d'une pureté qui défient toute critique et toute concurrence.

En adoptant l'étoupe purifiée comme base de ses approvisionnements de guerre, le Service de santé se trouvait en possession d'une matière qui, par son abondance inépuisable sur le marché français et sa fabrication par l'industrie nationale, le mettait à l'abri de tous les aléas et de toutes les surprises en temps de guerre.

Peu d'années après, le médecin-major Redon inventa la « ouate de tourbe », un peu moins hydrophile et plus poussiéreuse, sans doute, que l'étoupe Weber et Thomas, mais jouissant d'une égale élasticité, naturellement aseptique, et pouvant s'obtenir à un prix de revient beaucoup plus faible encore. On peut également se la procurer en quantité illimitée, et le brevet est exploité par une maison française.

Après des essais prolongés et une étude très approfondie, la 7e Direction adopta la ouate de tourbe de Redon, conjointement avec l'étoupe purifiée et en proportion sensiblement égale, pour la dotation des ambulances et hôpitaux de campagne. Elle a substitué en même temps aux bandes et compresses en toile, lourdes et incompressibles, des bandes en tissu fin de coton, en tarlatane apprêtée ou désapprêtée de dimensions variables, ainsi que des compresses en tarlatane désapprêtée de diverses grandeurs. Par cette substitution, elle a réduit de près de moitié le poids de ces divers matériaux doués d'élasticité, d'une propreté irréprochable et dont la fabrication est illimitée.

Pour faciliter la division du travail sur le champ de bataille et afin de réduire dans la limite du possible les avaries inséparables d'un Service appelé à fonctionner dans les circonstances de milieu les plus défavorables, parfois en pleins champs, dans la boue, sans abri contre la pluie, le vent ou la poussière, toujours prêt à se replier en cas de mouvement rétrograde des combattants, on a réparti tous ces matériaux de pansement en petits paquets, par espèces séparées. Ceux-ci ont été fortement comprimés pour en diminuer le volume et en faciliter le logement, et enveloppés individuellement d'un fort papier imperméable à l'eau, à l'humidité et aux poussières, afin de garantir au contenu ses propriétés aseptiques ou antiseptiques et d'en prolonger la durée de conservation.

Les bandes et les compresses en tarlatane de toutes dimensions sont ainsi réunies par *dix au paquet*; le coton cardé est divisé en paquets de 500 grammes quand il est en nappes, et de 200 grammes quand il se trouve en bande. L'étoupe Weber et Thomas et la ouate de tourbe de Redon sont généralement réparties en paquets de 100 grammes, sous forme de plumasseaux taillés en carré et enveloppés de gaze sur leurs deux faces, afin de rester séparés les uns des autres malgré leur énergique compression. Chacun de ces plumasseaux pèse en moyenne 10 grammes et cette subdivision facilite les pansements, en assure à la fois la propreté et réduit le gaspillage.

Le choix de tous ces matériaux, l'établissement des types, leur groupement, les dispositions spéciales qui en assurent la conservation et en facilitent l'emploi, sont le couronnement d'études et de recherches longues, patientes et hérissées de difficultés pratiques, dont le profane aurait peine à se rendre compte. L'ensemble des résultats ainsi obtenus sert de base générale à la constitution des approvisionnements de guerre en matériel de pansement. Il nous reste à faire connaître les motifs qui ont décidé du choix des substances antiseptiques dont ce matériel est imprégné, avant d'exposer sa répartition entre les diverses formations sanitaires, et les moyens alloués pour en assurer le logement et le transport.

La réunion de ces mesures et dispositions en constitue la mobilisation proprement dite (1).

Erratum. — Dans notre 2e article, il a été imprimé par erreur que chaque Corps d'armée comportait 18 hôpitaux de campagne: il faut lire 10 (dix) hôpitaux.

Dr FREEMAN.

(1) Les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* publient, dans les numéros de novembre et décembre 1892, un mémoire sur le *Service de santé de première ligne*, par le médecin-major de 1re classe Heuyer. C'est une étude sur le fonctionnement de ce même Service de santé en campagne, dont nous étudions ici l'organisation générale et la mobilisation. Les deux études se complètent et mettent à nu les mêmes vices d'organisation, tout en louant la perfection de chaque élément pris isolément. Le mémoire du Dr Heuyer est sans précédent dans la littérature médicale militaire et doit être lu et médité par tous les médecins qui seront appelés à servir en temps de guerre. Il est regrettable qu'on n'ait pas cru pouvoir publier la seconde moitié de ce mémoire si important, et on devine aisément que le motif enfantin, donné par la rédaction, ne sert qu'à couvrir le *veto* opposé par la 7e Direction.

SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE BORDEAUX. — La Société d'Hygiène publique de Bordeaux s'est réunie, en assemblée générale, mercredi dernier 14 courant, à huit heures et demie du soir, à l'Athénée, et a procédé à l'élection de son Bureau, pour l'année 1893. Ont été nommés : Président, M. Gayon, professeur de chimie à la Faculté des Sciences ; Vice-Présidents, MM. Baillet, vétérinaire de la Ville ; De Loynes, professeur à la Faculté de Droit ; Gérard, ingénieur de la Ville ; Dr Mauriac, membre du Conseil départemental d'Hygiène ; Secrétaire général, Dr Layet, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine ; Secrétaires généraux adjoints, Dr Lauga, membre du Conseil départemental d'Hygiène ; N.-V. Goujon, architecte ; De Volontat, ingénieur des ponts et chaussées ; Secrétaires des séances, Dr Chambrelent, professeur agrégé à la Faculté de médecine ; Dr Armaignac ; Dubourg, docteur ès sciences ; Benech, préparateur du laboratoire d'hygiène à la Faculté de Médecine ; Trésorier, Dr Lefour, professeur agrégé à la Faculté de Médecine ; Archiviste, Dr Azam, professeur à la Faculté de Médecine.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. Chalmé, pharmacien en chef de la marine, est affecté au port de Toulon, où il professera la chimie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 décembre 1892. — Présidence de M. d'Abbadie.

M. Wedensky. — *Sécrétion salivaire et excitation électrique.* — Des recherches antérieures ont démontré que le nerf moteur étant toujours excité par des courants induits maxima, on n'obtient le tétanos musculaire le plus intense que lorsque les courants irritants présentent une certaine fréquence déterminée, *optimum de fréquence.* En augmentant la fréquence au delà de l'optimum le tétanos diminue et l'on peut arriver à une telle fréquence qui ferait le muscle se relâcher complètement le *pessimum de fréquence.* Cela ne tient pas à la fatigue du muscle, mais à une action inhibitoire exercée sur les terminaisons nerveuses. Les recherches faites sur la corde du tympan et la glande salivaire démontrent que dans l'appareil sécrétoire il se produit des phénomènes analogues à ceux que l'on observe dans l'appareil neuro-musculaire. Il n'y a qu'une différence quantitative. La première série des expériences a démontré que l'optimum de fréquence est pour la glande sous-maxillaire environ 40 irritations par seconde et, à mesure que cet appareil se fatigue, l'optimum se déplace vers des irritations de plus en plus rares. En variant la fréquence pendant la durée d'une tétanisation prolongée, on voit que lorsque la glande a cessé de sécréter sous l'action des irritations fréquentes, elle commençait de nouveau à sécréter abondamment sous l'influence des irritations plus rares. Il est évident que la suppression de la sécrétion salivaire à la suite des irritations fréquentes et fortes n'est pas l'effet de l'épuisement, mais l'effet de l'inhibition. Comme les propriétés des troncs nerveux sont partout les mêmes, il faut admettre pour le nerf sécréteur que ce n'est pas lui, mais bien son appareil terminal qui passe à l'état d'inhibition sous l'influence des courants pessimum.

A. Babes. — *Action de l'extrait de sang de bœuf sur les animaux atteints de morve.* — Le sang de bœuf traité par la poudre de zinc et filtré est, après élimination des traces de zinc dissous par le sulfure de potassium, concentré dans le vide. Le résidu est dissous dans un mélange à parties égales d'eau et de glycérine. Cette substance possède la propriété de provoquer une élévation de température de 1° à 1°5 chez les cobayes et les chevaux morveux, tandis qu'elle ne détermine aucune réaction chez les animaux sains. Babes explique ce phénomène par une sensibilité plus grande des animaux morveux aux substances thermogènes. V. Moran.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 décembre 1892. — Présidence de M. Chauveau.

M. Gley, à propos du procès-verbal, rappelle qu'il a formulé quelques critiques sur la note de M. Moussu concernant les *glandes thyroïdes accessoires.* M. Gley maintient ces critiques, fondées surtout sur ce fait que les expériences de M. Moussu sur l'âne et le cheval ne sont pas assez nombreuses pour permettre des conclusions générales solides.

M. Brasse a étudié la *migration de l'amidon* et des principes amidonnés, depuis la feuille où ils se forment jusqu'aux réserves où ils s'accumulent et en tire les conséquences sur les lois de la dissociation appliquées à la pathologie générale.

M. Tuffier poursuit depuis quelques années l'étude des *néphrites expérimentales et de la lithiase rénale.* Il a montré déjà qu'un fragment de spath aseptique, inclus dans le rein, ne se chargeait pas de sels uratiques ou autres. Les recherches qu'il présente aujourd'hui ont trait à la lithiase urinaire. L'alimentation forcée ne donna rien; les oxalates et les urates n'eurent pas plus de succès. Enfin, un ammoniaque composé acide, l'oxamide, dont Ebstein et Nicolaier s'étaient servi en 1889, pour provoquer des concrétions urinaires, amena la production de calculs du rein et de l'uretère dans le délai de quelques semaines, quand la dose injectée à l'animal (chien) atteint 4 à 6 grammes par jour. Les calculs ainsi formés sont stériles, ce qui ruine la théorie de l'origine parasitaire des concrétions calculeuses. Des examens faits par MM. Chantemesse et Vidal des pièces de M. Tuffier sont formels à cet égard. L'oxamide provoque donc une espèce de goutte localisée à l'appareil urinaire. Les corps étrangers aseptiques ou septiques peuvent, dans ces conditions, devenir le point de départ de calculs.

M. Wurtz a étudié les *effets de l'intoxication sur l'infection de l'organisme par les microbes.* Sur des animaux empoisonnés par l'acide arsénieux on voit, pendant la période algide de cet empoisonnement, les bactéries du tube digestif envahir le sang, le péritoine ou le péricarde et quelquefois la plèvre. On peut en déduire que la présence des bactéries dans le sang du cœur d'un animal n'est nullement la preuve que cet animal n'a pas été empoisonné. Les poisons microbiens proprement dits peuvent exposer à la même cause d'erreur.

M. Chauveau analyse une note de MM. Courmont et Dor de Lyon sur le *tétanos expérimental chez les solipèdes.* Chez le lapin, le cobaye, la grenouille, le tétanos expérimental débute par la contracture des muscles voisins du point d'inoculation. Chez l'âne et le cheval, au contraire, le tétanos débute par certains muscles toujours les mêmes, ce qui peut se comparer à ce qu'on observe chez l'homme, c'est-à-dire le tétanos produit d'abord du trismus.

M. D'Arsonval indique la *technique actuelle et la préparation du liquide testiculaire.* Elle peut se résumer ainsi : macération dans la glycérine, filtrage sur papier, stérilisation par l'acide carbonique sous pression.

M. Mathias Duval présente une note de M. Gilis, de Montpellier sur *un scalène supplémentaire observé sur le cobaye.* M. Gilis propose pour ce nouveau muscle le nom de costo-basilaire.

M. Lesage relate un cas de *leucémie* dans lequel un ganglion du cou ayant suppuré et ayant été ouvert, on y trouva en abondance le *bacille typhique d'Eberth.*

La malade n'avait jamais eu la moindre atteinte de fièvre typhoïde. On ne peut donc savoir d'où vient le bacille. M. Lesage pose le problème sans le résoudre.

M. Neumann adresse une note sur un *champignon parasite du blé.*

La prochaine séance aura lieu le samedi 7 janvier.

A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 décembre 1892. — Présidence de M. A. Regnault.

M. Le Roy des Barres (de Saint-Denis) donne des renseignements sur le *choléra à Saint-Denis.* Saint-Denis a eu 101 décès du 17 avril au 30 novembre 1892, alors qu'en 1884 il n'y en avait eu que 13 dans tout l'arrondissement. On peut évaluer la morbidité à 51.77 par 10 000 habitants. Tous les débilités, les alcooliques, l s vieillards, etc., ont été les plus frappés, ainsi que ceux habitant des logements insalubres. Les professions n'ont paru avoir aucune influence. Quant à l'eau consommée par les malades, les statistiques établies à l'hôpital ont montré que sur 132 malades 53 avaient consommé de l'eau de Seine, 20 de l'eau de puits, 51 de l'eau d'une provenance inconnue, 8 de l'eau artésienne. La désinfection a été pratiquée 185 fois à Saint-Denis pour des maladies infectieuses depuis le 1er avril 1892, dont 134 fois pour le choléra. Malheureusement elle n'a pas été pratiquée assez fréquemment ou a été trop tardive. Ce fait démontre la nécessité de faire la déclaration de toutes les maladies infectieuses et la désinfection des locaux contagionnés. Le transport des malades a été exécuté par une voiture spéciale désinfectée après chaque course.

M. Derignac (de Limoges) fait une communication sur

l'*acidité totale des urines* au cours du diabète. Cette acidité est toujours supérieure à la normale et augmente avec la proportion du sucre, de l'acide phosphorique et probablement aussi de l'urée. Elle augmente au moment où apparaissent les accidents acétonémiques. Son importance diagnostique et pronostique est donc grande, puisqu'elle permet d'instituer un traitement préventif. Pour doser l'acidité totale des urines, l'auteur se sert du procédé suivant : Avec une pipette de Moore on prend une solution de soude caustique titrée à l'aide d'une solution d'acide oxalique sec, et on la laisse écouler dans une quantité d'eau donnée d'urine, qu'on agite avec une baguette de verre jusqu'à ce que celle-ci portée sur un papier de tournesol légèrement rouge le fasse virer au bleu. Le nombre de centimètres cubes de solution caustique employés indiquera la quantité de soude nécessaire pour neutraliser la quantité d'urine sur laquelle on a opéré.

M. Soffiantini (de Pavie) fait une communication sur la *congélation au point de vue de l'étude de l'anatomie.* et rapporte un cas où il a pu pratiquer ainsi la section longitudinale antéro-postérieure d'une femme arrivée au sixième mois de la grossesse.

M. A. Darier lit un travail sur les *injections sous-conjonctivales de sublimé dans certaines affections oculaires.* P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 décembre. — Présidence de M. Desnos.

M. Galliard cite une observation de *kyste hydatique guéri par pénétration de la bile dans la cavité kystique.* — Il s'agit d'une femme de 45 ans chez laquelle une première ponction donna 150 grammes de liquide clair caractéristique. Une deuxième ponction, faite quelques mois après, donna issue à 700 grammes de liquide moins limpide, verdâtre. Le foie gardait cependant des proportions exagérées ; une troisième ponction, faite au bout de quinze jours, ne fournit que très peu de liquide, cela permettait de conclure que le kyste s'était rétracté. Mais, d'autre part, la persistance du volume anormal du foie permettait d'affirmer la présence d'un autre kyste. La malade ne voulut pas se laisser opérer. Elle mourut. A l'autopsie, on trouva un premier kyste guéri présentant une membrane peu épaisse. Ce premier kyste avait guéri grâce à la pénétration de la bile ; car, comme il n'était pas tout à fait superficiel, la ponction avait traversé une mince lame du tissu hépatique.

M. Fernet lit une note sur un cas de *néphrite infectieuse aiguë par le coli bacille.* Jeune femme de 18 ans, d'une bonne santé anterieure, à l'exception d'une fausse couche d'origine traumatique. Depuis 8 jours avant son entrée elle présentait les signes généraux d'une fièvre typhoïde, mais un examen minutieux montrait qu'il n'y avait guère de phénomènes abdominaux, pas de douleurs ni de gargouillement dans la fosse iliaque droite, pas de taches rosées. De plus, ce qui est exceptionnel dans la fièvre typhoïde, la malade présentait des vomissements et une hématurie qui duraient depuis le début. Les urines rares, sanguinolentes, abandonnaient par le repos un dépôt de globules sanguins. Le diagnostic de fièvre typhoïde fut momentanément réservé pour rechercher s'il ne s'agissait pas d'une néphrite typhique. L'examen des urines, fait par M. Papillon, montra que celles-ci contenaient une grande quantité de germes que l'examen microscopique et les cultures désignaient comme le coli bacille. La maladie évolua en trois semaines, la température resta élevée pendant tout son cours. Les urines, après avoir cessé de renfermer du sang, présentaient une très grande quantité d'albumine, qui commença à diminuer au bout de 10 jours, en même temps que disparaissaient les phénomènes typhiques. Au bout de 25 jours, la maladie était terminée. Les phénomènes qui appellent l'attention chez cette malade sont, d'une part, l'absence de phénomènes abdominaux et, d'autre part, les hématuries et vomissements. Les urines rares indiquaient la néphrite. La marche fut celle des maladies infectieuses. L'hématurie et l'oligurie indiquaient le régime lacté. L'intensité de la fièvre et l'oligurie demandaient les bains froids, ils furent administrés timidement d'abord, puis résolument, suivant la même méthode que pour la fièvre typhoïde. L'antisepsie intestinale était assurée par le naphtol. La nature de cette néphrite n'est pas douteuse, elle est due au coli bacille, puisqu'on l'a trouvé à l'état de pureté dans les urines. Mais quel est le point d'origine de l'infection ? Chez cette malade, les voies urinaires inférieures étaient intactes. Donc, c'est par la voie circulatoire que le microbe avait dû pénétrer dans les reins. Un fait d'Achard et Renaud est identique, à cela près que le coli bacille avait produit une néphrite purulente, tandis que dans le cas présent il n'y avait pas de pus dans l'urine. Donc, la présence du coli bacille dans les voies urinaires inférieures ne suffit pas à provoquer l'infection des voies supérieures. Mais le point de départ de l'infection chez cette malade n'en reste pas moins indéterminé.

M. Netter demande s'il n'y avait pas de cylindres dans les urines Chez un malade observé par lui, avec des phénomènes cérébraux, une fièvre très vive, une température de 41°, un véritable état typhoïde et de plus des hématuries, une sensibilité très vive du rein et un léger œdème, les urines, présentant à l'examen le bacille coli, ne contenait pas de cylindres. Le malade resta 4 ou 5 jours avec des hématuries, de l'oligurie et une température élevée, puis il y eut chute brusque et disparition de l'albumine ; pendant la rémission disparition du bacille ; quelques jours après légère rechute et réapparition du bacille, mais toujours pas de cylindres. Ces néphrites avec absence de cylindres sont remarquables, elles ont été signalées par A. Robin sous le nom de congestions du rein.

M. Rendu a eu dans son service un malade atteint d'une néphrite causée par le coli bacille, mais ici l'infection était due à une pyélonéphrite ascendante. Cela pourrait expliquer pourquoi dans certains cas les néphrites par coli bacille s'accompagnent de suppuration et dans d'autres pas.

M. Legendre a recherché l'*influence de la scarlatine et de l'érysipèle sur la grossesse.* Sur 8 femmes enceintes de 4 à 6 mois atteintes de scarlatine, 6 ont guéri sans accidents, 1 a fait une fausse couche de 7 mois, 1 de 3 mois 1/2. Chez celles atteintes d'érysipèle, deux seulement ont succombé, l'une à la suite d'une fausse couche, mais elle avait un cancer au sein, son état général était médiocre ; l'autre, accouchée dans des lieux d'aisance, sans aucune précaution antiseptique. L'antisepsie très rigoureuse, grâce à l'interne, est certainement pour quelque chose dans ces bons résultats. On peut dire cependant que l'érysipèle et la scarlatine ne semblent pas exercer de grande influence sur la grossesse si on prend des précautions antiseptiques rigoureuses. La thérapeutique doit surtout chercher à combattre l'hyperthermie. Des bains ont été donnés dès que la température dépassait 39°. Les médicaments sont sans grande influence. Les enfants n'ont eu ni traces d'érysipèle, ni de scarlatine. Une seule malade, ayant succombé à la diphtérie, expulsa un fœtus de 3 mois, mais le facteur en cause dans la fausse couche n'était point l'hyperthermie. Il y a plutôt lieu d'incriminer le poison diphtéritique ou l'asphyxie progressive. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 décembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

Un cas de Cholédochotomie avec cholécystectomie.

M. Terrier lit, au nom de M. le Pr Stuttgaardt (de Copenhague), une observation de cholédochotomie. Une femme, âgée de 64 ans était atteinte depuis longtemps de coliques hépatiques. Opération le 4 juin 1892. Le bord du foie fut soulevé à l'aide d'un fil en anse pour que cet organe puisse être attiré notablement à l'extérieur de la cavité abdominale et pour qu'on puisse plus facilement reconnaître la vésicule biliaire. Celle-ci était grosse comme une noix, située tout à fait au-dessous du foie et très adhérente aux parties voisines. Elle ne contenait pas de calculs et fut enlevée par morceaux. On reconnaît alors seulement la présence d'un calcul mobile dans le cholédoque ; ce calcul peut monter et descendre. Incision longitudinale sur le cholédoque. Extraction de ce calcul, qui était unique. Cathéterisme du canal cholédoque. Suture de la plaie du cholédoque. Guérison. — M. Terrier insiste sur la manœuvre qui con-

siste à soulever le foie avec une anse de fil passée à travers cet organe et sur l'atrophie manifeste de la vésicule : ce qui plaide en faveur des remarques déjà formulées par lui.

Prostatectomie.

M. TUFFIER lit une observation de prostatectomie. Chez un homme atteint d'une hypertrophie prostatique avec prédominance probable du lobe moyen, en proie à des accidents de rétention qu'aucun traitement ne pouvait réussir à calmer, M. Tuffier ouvrit la vessie par le procédé de Trendelenbourg. Il trouva un globe dur, de la grosseur du poing, semblable à une amygdale, obturant le col vésical, parfaitement pédiculé et mobile. Il extirpa ce lobe flottant et réunit la plaie prostatique par une suture à fils, non pas transversaux, mais antéropostérieurs, de façon à ne pas rétrécir l'orifice du col vésical. Il fit cette suture au catgut. Puis il referma complètement la vessie, d'abord au catgut (muqueuse, puis à la soie (suture de soutènement). Ce malade, d'une bonne constitution d'ailleurs, va aujourd'hui très bien et sa miction est redevenue normale.

Pour la prostatectomie, la voie sus-pubienne est préférable et pour arrêter les graves hémorrhagies consécutives à cette opération le moyen le plus simple est de suturer la surface de section d'arrière en avant, comme M. Tuffier l'a fait. Dans ce cas exceptionnel, il ne s'agissait pas d'un fibrome prostatique qui se serait énucléé de la glande, mais bien d'une hypertrophie vraie de la prostate. Le muscle vésical était d'ailleurs intact : ce qui explique le succès thérapeutique. Certes, chez la plupart des prostatiques, on ne pourra pas agir ainsi ; mais il est certainement des malades qui sont susceptibles d'être guéris par une opération radicale.

MM. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et TERRIER font quelques remarques sur les fils qu'il faut employer dans les cas de plaie siégeant sur les muqueuses des voies urinaires.

M. TUFFIER fait connaître le résultat de ses recherches expérimentales sur le chien, en ce qui concerne les fils de sutures et la prostatectomie.

M. MICHAUX lit une observation de *contusion de l'abdomen avec rupture traumatique des voies biliaires et suivie de guérison.*

M. MONOD présente un malade atteint d'*ectopie testiculaire* chez lequel il a fait, avec un succès partiel, une *orchidopexie.* Le testicule n'est pas resté tout à fait fixé au fond des bourses.

M. MARCHANT cite une opération analogue. Il y avait en même temps une hernie.

M. TUFFIER. — Dans ces sortes d'opérations, on obtient tantôt un résultat parfait, tantôt un résultat partiel, consistant en ceci : le testicule reste fixé à mi-chemin, entre l'anneau inguinal externe et le fond des bourses. Il n'y a échec que si les douleurs primordiales persistent.

M. RECLUS. — On a tort de ne pas examiner le sperme de ces enfants à différentes époques.

M. TUFFIER. — Dans un cas, cet examen a été fait. Le jeune homme opéré avait un sperme riche en spermatozoïdes vigoureux.

M. L.-CHAMPIONNIÈRE. — Après l'orchidopexie, le testicule reste dans une situation variable, suivant les lésions existant au moment de l'opération et suivant la nature des suites opératoires. Le fait qu'il y a des opérés présentant à nouveau des phénomènes douloureux après l'intervention ne doit pas faire condamner l'orchidopexie.

M. PICQUÉ présente un homme chez lequel il a enlevé par la laparotomie une *tumeur solide du petit bassin.* Comme ce malade présentait une ectopie inguinale, on songea à un cancer du testicule ectopié. Depuis l'opération, il y a eu généralisation dans la rate et les ganglions du cou.

M. MOTY présente un malade atteint de *varices lymphatiques congénitales.*

M. QUÉNU a observé un cas analogue.

M. POZZI présente, au nom de M. le Dr MONTAZ (de Grenoble), une *aiguille à suture.*

M. MONOD rappelle qu'un de ses élèves a fait construire récemment une aiguille analogue.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente d'abord une *pièce de résection du genou* provenant d'une malade ayant eu une arthrite de grossesse et ultérieurement une ankylose avec subluxation du genou en arrière ; — puis un *calcul vésical* qu'il a extrait par le vagin chez une vierge. Le point de départ de ce calcul a été une épingle introduite dans la vessie dans un but inavouable. A ce propos, M. L. Championnière refait l'histoire d'une nymphomane bien connue, opérée plusieurs fois de suite d'une fistule vésico-vaginale ; après chaque intervention, ne pouvant se dispenser de se masturber, cette femme faisait sauter les sutures. On lui détruisit en vain le clitoris au thermocautère. Il y a là évidemment un état cérébral particulier.

M. MARCHANT dit qu'il a enlevé en un an, à Saint-Louis, 3 calculs vésicaux chez des femmes, 1 femme mariée, et 2 jeunes filles vierges.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 28 décembre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. LABBÉE.

M. PATEIN, à propos des *paquets de sublimé* employés pour la désinfection, dit que la plupart des appareils employés pour cette dernière détruisent une partie de la contenance en mercure de la solution.

M. HUCHARD lit une communication sur *l'antisepsie intestinale et le traitement de la dyspepsie hyperchlorhydrique.* Il me semble qu'on fait actuellement un abus de l'antisepsie intestinale dans les dyspepsies. Ou plutôt, il me paraît qu'il existe deux cas : ou bien on en fait trop, ou bien on n'en fait pas assez quand c'est nécessaire. On en fait trop souvent, je pense, dans la dyspepsie hyperchlorhydrique. M. Bardet fait jouer dans le traitement de cette dernière un grand rôle à l'antisepsie intestinale. Or, s'il est une maladie où la nécessité de cette dernière soit illusoire, c'est l'hyperchlorhydrie. Dans ce cas, il y a sécrétion continue de suc gastrique, et ce suc gastrique contient une grande quantité de HCl. Cet acide est un excellent antiseptique. Ceci est d'autant plus vrai que les gaz ou les renvois émis par les malades n'ont aucune odeur, comme le reconnaît M. Bardet. Il ne se produit donc pas de fermentations putrides dans l'estomac.

Si l'on trouve de la fermentation lactique et butyrique, la présence de ces corps est due au régime végétarien. Les fermentations sont réduites au minimum du fait de la présence de l'HCl en grande quantité ; si elles existent, elles sont le résultat de l'alimentation. Mais l'hyperchlorhydrie empêche le fonctionnement de l'estomac et de l'intestin ; il est donc nécessaire de neutraliser le contenu du tube digestif. C'est cette indication que l'on remplit par la médication alcaline, tandis que dans ce cas l'antisepsie est inutile.

Dans d'autres cas, l'antisepsie qui est nécessaire n'est pas faite d'une façon suffisante. M. Bardet dit qu'on peut prendre jusqu'à 10 gr. de benzonaphtol par jour. Cela est exact ; une quantité de 0,50 centigrammes est absolument insuffisante ; il faut donner ce corps en grande quantité. Le benzonaphtol est préférable aux autres antiseptiques, parce qu'il n'est ni toxique, ni soluble. Je prescris :

Benzo-naphtol	25 gr.
Charbon pulv.	5 gr.

En 30 cachets, prendre 2 cachets avant chaque repas ; ce qui fait 6 cachets par jour.

Je fait cette ordonnance dans les ulcérations du tube digestif, surtout d'origine tuberculeuse.

M. BARDET. — L'antisepsie est inutile, dit M. Huchard, puisqu'il existe une sécrétion gastrique contenant une grande quantité de HCl et que ce dernier est antiseptique. Pour l'estomac, cela est vrai ; mais il en est tout autrement pour l'intestin. On ne peut pas compter sur cet acide pour antiseptiser ce dernier, car le suc gastrique est neutralisé par le suc intestinal qui est alcalin. Les dyspeptiques que nous avons observés ne sont peut-être pas les mêmes que ceux de M. Huchard. Ils sont semblables à ceux vus par M. Dujardin-Beaumetz, chez lesquels il existait des fermentations intestinales putrides, indépendantes de toute alimentation. Ces fermentations sont d'autant plus marquées qu'on donne de la viande aux malades. Elles produisent des toxines qui, résorbées, engendrent la migraine, la neurasthénie. Je ne crois pas à la guérison de la

dyspepsie hyperchlorhydrique, car il y a ici une disposition spéciale plutôt qu'une maladie. C'est aux conséquences que l'on doit obvier, et cela par l'antisepsie intestinale que je considère comme très utile.

M. Huchard. — Il y a une dyspepsie caractéristique, c'est la dyspepsie hyperchlorhydrique. Il n'y a pas pour moi de maladie aussi caractéristique, et c'est pour cela que je ne pratique pas l'examen de contenu stomacal. Les symptômes seuls me font faire le diagnostic; le réactif de la maladie est le traitement alcalin. M. Bardet dit que le suc gastrique est alcalinisé dans l'intestin; cela est vrai dans les cas normaux, mais non dans les cas pathologiques, quand l'HCl est en grande quantité. Il dit aussi que la migraine disparaît avec l'antisepsie intestinale; mais elle disparaît bien avec la médication alcaline. Mes malades engraissent aussi bien qu'avec le régime végétarien.

M. Dujardin-Beaumetz. — Si on n'examine pas le suc gastrique, on peut porter le diagnostic de dyspepsie acide, mais non celui d'hyperchlorydrie, et on ne peut conclure de la thérapeutique au diagnostic; car, mettre des alcalins dans l'estomac, c'est déterminer la formation de HCl. La douleur invoquée comme signe de la dyspepsie hyperchlorhydrique par M. Huchard apparaît 4 heures après le repas. Mais il en est de même de la douleur dans les dyspepsies d'origine hépatique, dans les autres dyspepsies acides.

A propos de l'antisepsie intestinale, M. Huchard a raison quand il dit que, lorsqu'il y a hyperchlorhydrie, le suc intestinal est insuffisant pour alcaliniser le suc gastrique ; en effet, on a des garde-robes acides et de la dyspepsie intestinale. Je crois qu'il y a des substances plus utiles que le bicarbonate dans ce cas : ce sont les sels de bismuth. Ils sont basiques et absorbants. Ils diminuent la putridité du tube digestif, qui existe dans les dyspepsies acides. Je prescris donc le salicylate, le sous-nitrate ou le benzoate de bismuth. Je crois qu'ils sont bons à utiliser pour associer la médication alcaline à la médication antiseptique. Il ne faut pas faire une antisepsie trop absolue de l'intestin, car qui dit digestion dit présence des microbes. Ceux-ci jouent un rôle certain dans la digestion intestinale. Pour arriver à ce résultat, les sels de bismuth sont préférables au salol, au bétol.

M. Bardet. — Les deux régimes de M. Huchard et de M. Dujardin-Beaumetz sont opposés. La douleur n'est pas caractéristique de la dyspepsie acide ; on la rencontre chez les anachlorhydriques. Les sels alcalins sont utiles, mais il ne faut pas les donner en excès, car ils produisent de l'atrophie glandulaire, lorsque cette médication est prolongée. Les sensations perçues par le malade sont trompeuses. Il faut toujours examiner le suc gastrique. Il existe 3 degrés d'hyperacidité stomacale. Dans les cas faibles, le traitement est facile, la maladie guérit facilement. Dans les cas de moyenne intensité, l'acide chlorhydrique est au taux de 1,50 0/0; les malades supportent la viande crue. Dans les cas d'hyperchlorhydrie intense, l'HCl est à 2,50 0/0; ces malades ne peuvent supporter que le régime lacté exclusif; il faut leur défendre les corps gras, le vin, surtout le vin rouge, le café.

Il faut savoir qu'il existe des hyperchlorhydriques d'emblée et des hyperchlorhydriques tardifs. Il faut substituer à l'incertitude de la clinique les faits palpables de la méthode expérimentale.

M. Huchard. — Je ne pense pas que la médication alcaline puisse produire de l'atrophie glandulaire. Les hyperchlorhydriques deviennent, après un certain temps, hypochlorhydriques, mais l'atrophie des glandes est le résultat de la maladie et non du traitement. L'hyperchlorhydrie produit du catarrhe de la muqueuse et de la couche sous-muqueuse. Le traitement excite la sécrétion de l'HCl à petites doses et non à hautes doses. Les sels de bismuth ont pour effet de provoquer la constipation. La présence de l'acide carbonique n'est pas mauvaise dans l'estomac, puisqu'il anesthésie la muqueuse stomacale. Dans un cas de maladie de Reischmann, observé par cet auteur, la médication alcaline a soulagé et amélioré le malade.

Elections. — Sont nommés, pour l'année 1893, *Président* : M. Hallopeau ; *Vice-Président*: M. Adrian. A. Raoult.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIENE PROFESSIONNELLE.

Séance du 28 décembre 1892. — Présidence de M. Cornil.

M. le Dr Deschamps présente, au nom du Service des Epidémies de la préfecture de police, un mémoire sur la *désinfection par l'industrie privée.* M. Deschamps, chargé du rapport, montre que l'industrie privée ne fait rien en général comme désinfection, et souvent même fait de l'infection. Le Conseil de salubrité de la Seine a voté un projet de réglementation.

M. le Dr Drouineau présente au nom du Dr Deshayes un travail sur la *contamination des eaux de la Seine-Inférieure*, au point de vue de la fièvre typhoïde et du choléra.

Elections.— La Société procède aux élections annuelles. Sont nommés : Présid. : M. Levasseur; Vice-Présid. : MM. Bunel, Cheysson, Carnot, Pinard ; Secrétaire général : M. Napias ; Secrétaire général adjoint: M. Martin ; Trésorier : M. Herscher ; Archiviste : M. Neumann ; Secrétaires des séances : MM. Deschamps, Ledé, Martha, Wallon.

M. St-Yves Ménard fait hommage à la Société d'un rapport sur les *meilleurs conditions d'alimentation des enfants nouveau-nés en dehors du sein*.

MM. Cheysson et Cornil ajoutent quelques mots sur cette question du lait.

M. Cornil regrette que la Société d'hygiène n'ait pas fait une adresse à M. Pasteur lors de la cérémonie de la Sorbonne. Il demande que la Société répare cet oubli en envoyant à M. Pasteur les vœux de la Société. (Adopté).

M. Mangenot lit un travail sur *l'inspection des Ecoles*, dans lequel il montre l'insuffisance des lois et règlement quand il s'agit de maladies contagieuses d'enfants dans les écoles ; grâce à la déclaration des maladies contagieuses il espère que cette question pourra être mieux réglée.

MM. Napias, Cheysson, Cornil, Poitou-Duplessis prennent part à la discussion. Martha.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Rectification. — Dans le dernier compte rendu de la Société d'Anthropologie, page 520, colonne 2, ligne 8, une erreur a été commise, au sujet de laquelle M. le Dr Aubry nous adresse la rectification suivante : « Le premier procès a eu lieu en 1826 et le second ou plutôt les seconds en 1882 et non en 1750, comme on l'a imprimé par erreur; d'ailleurs ce travail a paru dans les *Annales médico-psychologiques*, novembre-décembre 1892, page 429. »

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

IV. — Acétoorthotoluide ; nouvel antipyrétique ; par M. E. Barberini (*Annuaire de Therapeutique*, p. 321).

V. — Agatine ; nouvel antinévralgique ; par M. Boos. (*Deutsch med. Zeit.*).

VI. — Le traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses ; par le Dr Lœwenthal (*Centralb. f. d. Gesamt. Therap.*).

VII. — Les antiseptiques composés ; par de Christmas et Respaut (*Soc. de Biologie*).

IV. — L'acétoorthotoluide se différencie de l'acétanilide ou antifébrine par la substitution d'une molécule méthyle à un atome d'hydrogène du noyau phénylique. Elle se distingue de la méthylacétanilide ou exalgine, par la position du méthyle. Voici la formule de cette substance :

$$\begin{array}{ccl} & H & \\ & C & \qquad H \\ HC & \wedge & CN \quad < C^2\ H^3\ O \\ & |\ | & \\ HC & \vee & C-C\ H^3 \\ & C & \\ & H & \end{array}$$

On l'obtient en faisant chauffer pendant 3 jours un mélange d'acide acétique cristallisable et d'orthotoluidine pure. Par la distillation, on obtient, en recueillant ce qui passe vers 296°, une substance qui, par cristallisation dans

l'eau, s'obtient pure. On trouve dans l'eau des aiguilles incolores, fusibles à 107° et bouillant à 296°.

La même substance peut être préparée par l'action du chlorure d'acéthyle sur l'orthotoluidine.

L'acétoorthotoluide est soluble dans l'alcool, l'éther, l'eau chaude.

L'auteur a étudié l'action physiologique de ce corps. A la dose de 5 milligr. chez les grenouilles, il exagère les réflexes, puis provoque des convulsions. A la dose de 2 centigr. Il produit d'abord des convulsions, puis la paralysie des mouvements volontaires, et enfin abolit les mouvements propres et réflexes. Il agit profondément sur la moelle épinière et n'influence le cerveau et le bulbe que lorsque la dose est toxique.

Les expériences chez les mammifères donnent les résultats suivants: à la dose de 4 centigrammes par kilogramme d'animal, l'acétoorthotoluide abaisse la température de 0°,8; à doses plus élevées, la température s'abaisse davantage. Elle n'altère pas la pression sanguine, n'agit pas sur les centres vaso-moteurs; elle accélère légèrement les battements du cœur. Elle dilate les vaisseaux par stimulation directe sur les éléments nerveux. La chute de la température est provoquée par cette dilatation. A 5 0/00, elle empêche les fermentations. Elle est plus antipyrétique que l'antifébrine et l'exalgine; mais celle-ci est plus analgésique et plus toxique. Le professeur Cervello l'a utilisée avec succès en clinique.

V. — L'agathine s'obtient en condensant l'aldéhyde salicylique avec le méthylphényldrazone. On la trouve sous forme de petites lamelles blanches à reflets verdâtres. Elle est inodore, insipide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther, et fond à 74°. Elle est moins toxique que les 2 corps dont elle dérive. On la donne chez l'homme à la dose de 0.50 centigr. en une fois.

D'après Rosenbamn, Laquer et Lowenthal, elle a un grand pouvoir analgésique à la dose de 4 à 6 grammes en 24 heures. On aurait, par son emploi, guéri des névralgies sciatiques rebelles à tout traitement. Elle donne de bons résultats dans les névralgies, le rhumatisme. Son action n'est pas constante, car certains cas de sciatique ont résisté à la médication prolongée par l'agathine.

VI. — Lœwenthal a essayé l'emploi de la méthode de Petresen et Fikl; il a donné par jour à ses malades 3 et 4 grammes de poudre de feuilles de digitale fraîches, en infusion, jusqu'à l'apparition de la crise. Il n'en a pas retiré les résultats satisfaisants décrits par ces auteurs. Les malades étaient plus déprimés; ils presentaient de la pâleur, des vomissements. La fièvre, la toux, l'expectoration n'étaient pas influencées. Dans la convalescence, il y avait de l'hypothermie. Il y a souvent ralentissement du pouls, avec arythmie et diminution de la tension sanguine; malgré cela la fréquence de la respiration persiste. Les urines ne subissent aucune transformation. La marche de la pneumonie n'est pas modifiée. La digitale semble seulement produire un collapsus.

VII. — On sait que l'association de plusieurs antiseptiques en solution produit un liquide beaucoup plus microbicide que ne l'est le taux antiseptique de chacun des composants. Les auteurs emploient les associations suivantes :

1° Acide benzoïque	1 gr.
Acide phénique	8 gr.
Chlorure de zinc	1 g.

En solution aqueuse à 1 0/0 tue le staphylocoque, en 30 secondes; le charbon à l'état végétatif; le bacille pyocyanique; celui de la diphthérie et de la fièvre typhoïde en une minute.

2° Acide phénique	8 g.
Acide benzoïque	1 g.
Acide oxalique	1 g.

En solution à 1 0/0.

3° Acide phénique	9 gr.
Acide salicylique	1 gr.

En solution à 1 0/0. Ces deux dernières solutions produisent les mêmes effets.

4° Acide phénique	8 g.
Acide salicylique	1 gr.
Huile de menthe anglaise	X gt's

Solution aqueuse à 1 gr. 5 0/0, tue les mêmes microbes en 30 secondes. Le bacille du charbon est tué par une solution à 2 0/00. Des crachats tuberculeux sont stérilisés en 5 à 10 minutes par une solution à 1 0/0. La salive, la bouche sont aussi stérilisées par cette même solution. A. R.

BIBLIOGRAPHIE

L'art d'administrer les médicaments aux enfants; par le Dr Paul Cornet.—Paris 1892. *Société d'éditions scientifiques.*

Ce petit livre s'adresse aux mères de famille; il a pour but de vulgariser les notions nécessaires à la fidèle exécution des ordonnances. Le médecin, en effet, après avoir formulé, n'a pas toujours le temps ou le soin d'entrer dans tous les détails de l'application; ou bien, s'il entre dans ces détails, l'émotion empêche souvent ceux qui l'écoutent d'en garder le souvenir; enfin, les enfants sont tout particulièrement indociles. Autant d'obstacles que M. Cornet nous apprend à surmonter ou à tourner. Le lecteur apprendra l'art de faire les tisanes, de donner un bain, de faire un cataplasme, d'administrer une potion, un lavement etc. Tout cela est d'une utilité pressante, indiscutable. Et cependant combien, je ne dirai pas de mères, mais de médecins ignorent ou savent imparfaitement toutes ces petites choses qu'ils ont eu le tort de dédaigner. En médecine, il n'y a pas de détail méprisable; car il s'agit de soulager et de guérir.

Plantes médicinales de la Bourgogne. Emplois et doses; par Em. Ferrière — Paris, Alcan, in-18 de 101 pages, 1892.

Ce petit livre énonce sous une forme simple et populaire les principales propriétés médicinales des plantes de la Bourgogne. Celles-ci sont classées par ordre alphabétique, d'après leur nom latin; une table des noms vulgaires français renvoie au chapitre pouvant l'intéresser le lecteur peu familiarisé avec les termes botaniques. Un glossaire des expressions techniques aide également à la compréhension. Le but est louable, car on ne saurait trop répandre parmi le public les notions scientifiques élémentaires; mais nous doutons qu'un pareil ouvrage rende de bien grands services. En effet, bien qu'il se retranche derrière l'autorité de Dorvault, de Gubler, de Rabuteau, de M. Dujardin-Beaumetz, etc., l'auteur attribue à une foule de plantes des propriétés thérapeutiques qui sont tout au moins problématiques; il préconise encore, par exemple, la carotte contre la jaunisse. A un autre point de vue, il omet de signaler les propriétés toxiques de la digitale, mais affirme qu'on « peut rendre inoffensifs les champignons vénéneux en les faisant bouillir préalablement dans une eau vinaigrée ou salée. » En somme, opuscule peu utile et, comme on voit, capable d'induire en une fatale erreur ceux qui en suivraient scrupuleusement les prescriptions. R. Bl.

VARIA

Le Jubilé de M. Pasteur.

La cérémonie organisée en l'honneur de M. Pasteur, à l'occasion du 70e anniversaire de sa naissance, a eu lieu mardi dernier, dans le grand amphithéâtre de la nouvelle Sorbonne.

Dès neuf heures et demie, les invités remplissent peu à peu le grand amphithéâtre. Les délégations et les personnages officiels prennent place dans l'hémicycle. Lorsque la voiture qui amenait le président de la République est arrivée près de la Sorbonne, la foule a salué respectueusement le president, qui a pénétré dans le monument, à la porte duquel l'ont reçu des membres de l'Association des Etudiants faisant fonctions de commissaires.

M. Pasteur se trouvait déjà à la Sorbonne, dans un salon d'honneur, où M. Carnot se rendit. Après s'être entretenu quelques instants avec l'illustre savant, le président de la

République lui offrit son bras et tous deux entrèrent dans l'amphithéâtre, aux applaudissements de la salle entière.

M. Carnot s'asseoit au fauteuil de la présidence, ayant à sa droite MM. d'Abbadie, président de l'Académie des sciences; Le Royer, président du Sénat; Ribot, président du conseil, et le corps diplomatique; et à sa gauche, MM. Joseph Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; Floquet, Charles Dupuy, ministre de l'instruction publique, et tous les autres membres du cabinet. Derrière cette première rangée de fauteuils avaient pris place sur les gradins de l'estrade les délégations officielles des cinq classes de l'Institut, de l'Académie de médecine et de plusieurs Sociétés étrangères; M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris; les doyens des Facultés, les présidents de la Cour de cassation, du Conseil d'Etat et de la Cour d'appel, le procureur général, le préfet de la Seine et le préfet de police, les présidents du Conseil général et du Conseil municipal, le directeur de l'Assistance publique, M. d'Ormesson, directeur du protocole, etc., etc.

Parmi les délégations qui remplissent l'hémicycle, signalons celles de l'Association générale des Etudiants de Paris, de l'Ecole normale, de l'Ecole polytechnique, d'un grand nombre d'Universités et Ecoles françaises, des internes des hôpitaux, des professeurs des lycées, etc.

M. le Ministre de l'Instruction publique, M. Ch. Dupuy, se lève et prend le premier la parole. Il retrace dans son discours les différentes étapes de la vie si bien remplie de M. Pasteur. Il rappelle cette jolie phrase de Renan : « Votre vie scientifique est comme une traînée lumineuse dans la grande nuit de l'infiniment petit, dans ces derniers abîmes de l'être où naît la vie. »

Puis M. d'Abbadie, président de l'Académie des sciences, adresse à M. Pasteur les félicitations de l'Institut, et lui remet la grande médaille en or, produit de la souscription internationale.

Cette médaille, œuvre de M. Roty, membre de l'Académie des beaux-arts, porte d'un côté l'effigie de M. Pasteur et au revers l'inscription suivante : « A Pasteur, le jour de ses soixante-dix ans, la science et l'humanité reconnaissantes. 27 decembre 1892 »

M. d'Abbadie remet aussi à M. Pasteur une liste générale de tous les souscripteurs.

M. Joseph Bertrand présente à son illustre confrère les hommages de l'Académie des sciences et du Conseil d'administration de l'Institut Pasteur, dont il est président.

M. Daubrée, de l'Institut, ancien directeur de l'Ecole des mines, au nom de la section de minéralogie de l'Académie des sciences, rappelle que c'est dans cette science que M. Pasteur a fait ses débuts et que ce sont ses découvertes minéralogiques qui lui ont valu d'entrer à l'Institut.

Sir Joseph Lister, le grand chirurgien anglais, apporte à M. Pasteur l'hommage reconnaissant de la chirurgie et de la médecine. Et il remet à M. Pasteur une adresse de la Société royale de Londres, écrite de la main de son président.

M. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, rappelle la séance du 27 octobre 1885, où M. Pasteur exposa à ses collègues sa découverte de la prophylaxie de la rage. C'est la médecine qui a le plus bénéficié, comme science et comme art, des travaux de M. Pasteur. M. Bergeron lui adresse l'hommage d'admiration et de reconnaissance de l'Académie de médecine.

M. Sauton, président du Conseil municipal de Paris, a remis ensuite à M. Pasteur une adresse au nom de tous ses collègues. Le principe de cette adresse avait été voté sur la proposition de M. Longuet, dans la séance tenue par le Conseil le 23 décembre. Le texte définitif en avait été adopté à l'unanimité dans la séance du surlendemain au Conseil. En remettant cette adresse à M. Pasteur, M. Sauton a prononcé une allocution.

Puis M. Joseph Bertrand appelle les *Sociétés françaises et étrangères qui ont envoyé des adresses*. Ces adresses sont remises à M. Pasteur par les délégués de ces Sociétés, qui défilent par ordre alphabétique, et dont voici la liste :

Sociétés étrangères : Société médicale d'Amsterdam, Universités d'Athènes, de Barcelone, Sociétés médicales de Berlin, Berne, Bruxelles Christiania, Association d'hygiène de Cologne, Academie des sciences de Copenhague, qui a envoyé une superbe médaille d'or. Académie royale et Université royale de Dublin, Facultés de médecine de Gand et de Genève, Universités de Gênes, dont le délégué a prononcé quelques paroles d'hommage au nom de la science italienne, de Lausanne, de Liège, Association pour l'avancement de la médecine de Londres, Société médicale de Lund, Société médicale Suédoise, Institut de médecine et Association des sciences de Saint-Petersbourg, Sociétés naturalistes de la Petite-Russie, Universités de Posen et de Stockholm, Académie de médecine de Turin, Université d'Utrecht, Société médicale de Varsovie. — Sociétés françaises : Ecole vétérinaire d'Alfort, délégués de la ville d'Arbois, délégués de la ville de Dôle, Facultés des sciences et de médecine de Bordeaux, de Lille, Ecole de médecine de Limoges, Faculté de médecine de Lyon, Faculté des sciences de Nancy, Ecole de médecine de Nantes, Faculté de medecine de Montpellier, Facultés de médecine de Paris (dont l'adresse est remise a M. Pasteur par M. Brouardel), de Reims, Facultés des sciences et de médecine de Toulouse, Association générale des étudiants de Paris.

M. Ruffier, maire de Dôle, la ville natale de M. Pasteur, a prononcé un discours vibrant. Il a remis en terminant, à M. Pasteur, un album renfermé dans un riche écrin aux armes de la ville et contenant un *fac-simile* exact de l'acte de naissance de l'illustre savant ainsi que la photographie de la maison où il naquit, le 27 décembre 1822.

M. Devise, président du Comité de l'Association générale des Etudiants de Paris, a exprimé les sentiments d'admiration de ses camarades pour M. Pasteur, dont la vie et les travaux doivent servir d'exemple constant à la jeunesse française.

M. Joseph Bertrand donne alors la parole à M. Pasteur. Pendant toute la séance, l'illustre savant a manifesté une vive émotion ; à plusieurs reprises les larmes lui sont venues aux yeux. Après chaque discours, il embrassait chaque orateur en les remerciant. M. Pasteur, se soulevant sur son fauteuil, a exprimé, d'une voix très faible et paralysée par l'émotion, ses remerciements pour les honneurs qui lui ont été décernés dans cette mémorable séance, puis il a chargé son fils de lire le discours ci-dessous que nous nous faisons un devoir de reproduire.

Monsieur le Président de la République,

Votre présence transforme tout.

Une fête intime devient une grande fête et le simple anniversaire de la naissance d'un savant restera, grâce à vous, une date pour la science française.

Monsieur le Ministre,

Messieurs,

A travers cet éclat, ma première pensée se reporte avec mélancolie vers le souvenir de tant d'hommes de science qui n'ont connu que des épreuves. Dans le passé, ils eurent à lutter contre les préjugés qui étouffaient leurs idées. Ces préjugés vaincus, ils se heurtèrent à des obstacles et des difficultés de toute sorte. Il y a peu d'années encore, avant que les pouvoirs publics et le Conseil municipal eussent donné à la science de magnifiques demeures, un homme que j'ai tant aimé et admiré, Claude Bernard n'avait pour laboratoire, à quelques pas d'ici, qu'une cave humide et basse. Peut-être est-ce là qu'il fut atteint de la maladie qui l'emporta? En apprenant ce que vous me réserviez ici, son souvenir s'est levé tout d'abord devant mon esprit : je salue cette grande mémoire. Messieurs, par une pensée ingénieuse et délicate, il semble que vous ayez voulu faire passer sous mes yeux ma vie tout entière. Un de mes compatriotes du Jura, le maire de la ville de Dole, m'a apporté la photographie de la maison très humble où ont vécu si difficilement mon père et ma mère. La présence de tous les élèves de l'Ecole normale me rappelle l'éblouissement de mes premiers enthousiasmes scientifiques. Les représentants de la Faculte de Lille évoquent pour moi mes premières études sur la cristallographie et les fermentations qui m'ont ouvert tout un monde nouveau. De quelles espérances je fus saisi quand je pressentis qu'il y avait des lois derrière tant de phénomènes obscurs! Par quelle série de déductions il m'a été permis, en disciple de la methode expérimentale, d'arriver aux études physiologiques, vous en avez été témoins, mes chers confrères. Si parfois j'ai troublé le calme de nos académies par des discussions un peu vives, c'est que je défendais passionnément la vérité. Vous enfin, délégués des nations étrangères, qui êtes venus de si loin donner une preuve de sympathie à la France, vous m'apportez la joie la plus profonde que puisse éprouver un homme qui croit invinciblement que la science et la paix triompheront de l'ignorance et de la guerre, que les peuples s'entendront non pour détruire, mais pour édifier, et que l'avenir appartiendra à ceux qui auront le plus fait pour l'humanité souffrante. J'en appelle à vous, mon cher Lister, et à vous tous, illustres représentants de la science, de la médecine et de la chirurgie. Jeunes gens, jeunes gens, confiez-vous à ces méthodes sûres, puissantes, dont nous ne connaissons encore que les premiers secrets. Et tous, quelle que soit votre carrière, ne vous laissez

pas atteindre par le scepticisme dénigrant et stérile; ne vous laissez pas décourager par les tristesses de certaines heures qui passent sur une nation. Vivez dans la paix des laboratoires et des bibliothèques. Dites-vous d'abord : qu'ai-je fait pour mon instruction? Puis, à mesure que vous avancerez, qu'ai-je fait pour mon pays? Jusqu'au moment où vous aurez peut-être cet immense bonheur de penser que vous avez contribué en quelque chose au progrès et au bien de l'humanité. Mais que les efforts soient plus ou moins favorisés par la vie, il faut, quand on approche du grand but, être en droit de se dire : J'ai fait ce que j'ai pu. Messieurs, je vous exprime ma profonde émotion et ma vive reconnaissance. De même que, sur le revers de cette médaille, Roty, le grand artiste, a caché sous des roses la date si lourde qui pèse sur ma vie, de même vous avez voulu, mes chers confrères, donner à ma vieillesse le spectacle qui pouvait la réjouir davantage : celui de cette jeunesse si vivante et si aimante.

Cette cérémonie, réconfortante à tant d'égards, s'est terminée par des applaudissements unanimes et chaleureusement répétés.

Ce jubilé aura un grand retentissement à l'étranger, car on sait qu'en France on n'est pas coutumier de fêtes de ce genre.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

JEUDI 5. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Charrin. — 3e *de Doctorat* oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Schwartz, Bar.

VENDREDI 6. — Dissection : MM. Farabeuf, Tuffier, Poirier. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Gautier, Weis, Retterer. — 1er *de Doctorat* (2e *série*) : MM. Gariel, Villejean, André. — 1er *de Doctorat* (3e *série*) : MM Baillon, Pouchet, Fauconnier. — 2e Définitif (Officiat) : MM. Straus, Jalaguier, Marie. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Delbet, Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Ricard, Lejars. 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Charité : MM. Potain, Brissaud, Letulle

SAMEDI 7 — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Fauconnier, André. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Peter, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM Cornil, Ballet, Marfan. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Hôtel-Dieu. (2e *série*) : MM. Laboulbène, Debove, Menetrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

JEUDI 5. — M. Didier. Essai sur la grippe et les causes de ses épidémies. — M. Lemansky. De la voie rectale et de son utilisation en thérapeutique. — M. Radiguet. Contribution a l'étude de l'origine hydrique de la fièvre typhoïde. Fièvre typhoïde et eau de Seine dans les prisons de Paris. — M. Sarrouy. Des injections intra-planales antiseptiques comme traitement des épanchements planaux ; de leur efficacité dans les pleurésies enkystées. — M. Bruneau. Contribution à l'étude de l'intoxication par l'oxyde de carbone et particulièrement de l'anatomie pathologique et des signes de l'intoxication.

Enseignement médical libre.

Conférences d'internat. — MM. MICHON, GUÉPIN, LEVI (Léopold) et PÉRON, internes des hôpitaux, commenceront une conférence d'internat à l'Hôpital Laennec le mercredi 11 janvier, à 3 heures, et la continueront les samedis suivants.

Maladies du nez et leurs relations avec celles de la gorge, du larynx et des oreilles. — Le Dr MADEUF, bi licencié ès sciences, etc., commencera son cours libre à l'Ecole pratique de la Faculté, Amphithéâtre Cruveilhier, le lundi 9 janvier à 5 heures et le continuera les lundi et jeudi à la même heure. Les élèves pourront assister à des conférences pratiques de technique spéciale et de médecine opératoire à sa clinique, 46, rue de l'Arbre-Sec.

Cours de séméiologie chirurgicale. — M. le Dr THIÉRY a commencé un cours de séméiologie clinique le lundi 19 décembre, à 4 heures, à l'Hopital de la Pitié. Le nombre des élèves est limité et chacun d'eux est exercé individuellement à l'examen des malades. Se faire inscrire par M. le Dr Thiéry, chef de clinique chirurgicale, à la Pitié, le matin, de 9 heures à 11 heures.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 18 déc. 1892 au samedi 24 déc. 1892, les naissances ont été au nombre de 1131 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 418; illégitimes, 158 Total, 576 — *Sexe féminin* : légitimes, 396 ; illégitimes, 159. Total, 555.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 18 déc. 1892 au samedi 24 déc. 1892, les décès ont été au nombre de 949 savoir : 448 hommes et 456 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 3, T. 10. — Variole : M 0, F. 1, T. 1 — Rougeole : M. 7, F. 3, T. 10. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 5, F. 5, T. 10 — Diphtérie, Croup : M. 16, F. 18, T. 34. — Affections cholériformes : M. 0, F. 2, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 126, F. 64, T. 190 — Autres tuberculoses : M. 12, F. 10, T. 22 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3 — Tumeurs malignes : M. 14, F. 31, T. 45. — Meningite simple : M. 9, F. 12, T. 21 — Congestion et hemorrhagie cérébrale : M. 22, F. 25, T. 47. — Paralysie, M. 1, F. 8, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 4 F. 3, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 37, T. 66. — Bronchite aigue : M. 22, F. 20, T. 42 — Bronchite chronique. M. 17, F. 12 T. 29. — Broncho-Pneumonie : M. 18, F. 26, T. 44, — Pneumonie : M. 30, F. 23, T. 53 — Gastro-entérite, biberon : M. 13, F. 10, T. 23 — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 5, T. 12. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0 F. 0, T. 0. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F 9, T 9. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilite congenitale : M. 13, F. 18, T. 31 — Sénilité : M. 9, F. 23, T 32 — Suicides : M. 7, F. 4, T. 11. — Autres morts violentes : M. 7, F. 9, T. 16 — Autres causes de mort : M. 90, F. 66, T. 156 — Causes restées inconnues : M 3, F. 3, T 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 93, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 38, illégitimes, 15. Total : 5.3 — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 15. Total : 40.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Grenoble est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — Les professeurs de la Faculté, réunis en Conseil, viennent de décider la transformation de la chaire de pathologie externe, devenue vacante par la retraite du professeur Azam, en chaire de clinique chirurgicale infantile. Dans la même séance, M. le Dr Piéchaud, professeur agrégé, a été désigné au choix du Ministre pour occuper cette chaire nouvelle.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. PUVION (Paul-Bernard-Joseph), bachelier ès sciences, est nommé aide-préparateur des travaux pratiques de chimie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Laden, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. NICOLAS (Joseph-Guillaume-Marie), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, préparateur du laboratoire de clinique et de syphilitiques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Cuilleret, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. HAUBERT (Louis-Victor), bachelier ès sciences, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, des fonctions de préparateur de chimie organique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Gros, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — M. PRIEUR (Marie-Félix-Jules-Henry), licencié ès sciences naturelles, est institué, pour une période de 9 ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — M. ZIPPEL, docteur en médecine, est institué, pour une période de 9 ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE REIMS. — M. MOUFLIER, chef des travaux physiques et chimiques à l'Ecole préparatoire de medecine et de pharmacie de Reims, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à la dite Ecole.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.* — Voici quelques-unes des questions posées à l'épreuve orale de pathologie: *Recherches de l'albumine et des sucres dans les urines ; Pansements antiseptiques.*

La leçon d'adieu de M. Péan à l'hopital St-Louis. — M. le Dr Pean, atteint par la limite d'age, a quitté samedi dernier sa clinique de l'Hopital Saint-Louis. Il a fait sa dernière leçon, pour laquelle l'administration de l'hôpital avait arrangé spécialement l'amphithéâtre. Mais la place manquait quand même pour recevoir tous les assistants. Des anciens élèves de l'éminent chirurgien, ses élèves actuels et ses amis étaient là. On en comptait plus

de trois cents. M. Péan, d'une voix émue, a dit adieu à cet hôpital qui a été le témoin de ses étonnantes luttes, de ses travaux et de ses succès. Il a parlé de ses débuts difficiles et des obstacles dont son opiniâtreté a eu enfin raison.

Académie de médecine. — *Commissions.* — L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions permanentes. Sont élus : *Epidémies* : MM Grancher et Duguet. — *Eaux minérales* : MM. Bouchardat et Dumontpallier. — *Vaccine* : MM. Hervieux et Chauveau. — *Remèdes secrets* : MM. Quinquaud et Desnos. — *Hygiène de l'Enfance* : MM. Ollivier et Moissan.

Archives provinciales de Chirurgie (Bureaux : 14, Boulevard Saint-Germain, 14, Paris). — *Sommaire du N° VI* : 1er *Décembre* 1892. — E. Doyen (Reims). 324 *opérations sur l'utérus et ses annexes* (11 Figures), p. 435-536. — O. Rochet (Lyon). *Cure radicale du spina-bifida avec large brèche osseuse par ostéoplastie* (1 Fig.), p. 537 550. — M. Jaboulay (Lyon). *De la gastro-duodénostomie* (4 Fig.), p. 551-554. — Bibliographie (5 Fig.). — *Ce magnifique numéro de 136 pages renferme dans le texte 51 photogravures en relief, dont 43 au trait avec 26 en couleurs, et 8 à la demi-teinte. Il contient la table des matières de* 1892.

Assistance publique. — *Dons.* — M. Alphonse de Rothschild a donné à l'Assistance publique un million de francs, qui devront être distribués comme secours aux femmes accouchées dans les hôpitaux. Ce don, soumis à l'approbation du Conseil général de l'Assistance publique, a été accepté.

Ambulances municipales. — M. Charles Péan a proposé au Conseil municipal d'installer un service de voitures d'ambulances pouvant desservir le nord et l'ouest de Paris, et a demandé d'installer à l'Hôtel-Dieu un service de voitures qui remplacera le service des voitures fait par la préfecture de police. Le secrétaire général de la préfecture de police a fait remarquer que la loi a chargé la préfecture de police du service des épidémies et des maladies contagieuses. Malgré ces réserves, le Conseil a adopté le projet de M. Charles Péan.

Asile clinique. — *Budget.* — Le rapport budgétaire de l'asile clinique (Sainte-Anne) a été présenté au Conseil municipal par M. Albert Pétrot, qui se félicite de voir que certaines questions intéressant l'avenir ou le traitement des malades se trouvent réglées d'un commun accord avec l'administration. Le nombre des entrées dans l'asile, en 1891, a été de 2,346 hommes et de 1,641 femmes. Le budget est fixé à 1,249,349 francs 20 en recettes et à 1,248,760 en dépenses.

Conférence de Venise. — La convention sanitaire conclue à la conférence sanitaire internationale de Venise vient d'être ratifiée aussi par le sultan de Turquie. L'ordonnance ministérielle, aux termes de laquelle tous les ressortissants étrangers au service de la Turquie doivent être livrés aux tribunaux turcs pour les délits dont ils se rendraient coupables dans l'exercice de leurs fonctions, vient d'être sanctionnée par un iradé impérial. A l'avenir, tout nouveau contrat doit contenir une clause y relative.

Choléra a Hambourg. — On a constaté ces jours-ci quatre cas de choléra à Hambourg. Les personnes atteintes sont un homme de la ville, un jeune garçon de Hammerbrook, qui est mort à l'hôpital, et deux enfants de Sanct-Georg.

Congrès du choléra en Russie. — Le Congrès des médecins ayant pris part à la lutte contre l'épidémie cholérique a eu lieu à Saint-Petersbourg, sous la présidence de M. Dournove, ministre de l'intérieur. Ce congrès a étudié l'organisation des secours médicaux en temps d'épidémie et donné son avis sur les mesures sanitaires à prendre sur les points de la Russie où la réapparition de la maladie est à craindre pour le printemps.

Choléra en Russie. — La situation sanitaire à Saint-Pétersbourg est bonne ; il n'y a pas eu de nouveaux cas de choléra depuis le 12/24 décembre ; il reste seulement dix malades dans les hôpitaux.

Choléra en Autriche-Hongrie. — Depuis le 22 décembre on a constaté, dans différentes localités de la Galicie, 12 cas de choléra et 5 décès.

L'épidémie cholérique en 1892. — Le *Journal Officiel* publie hebdomadairement un procès-verbal des séances du Comité d'hygiène. On y lit des détails circonstanciés sur le choléra dans les pays étrangers. On y cherche inutilement depuis quelques semaines des détails sur celui des départements français. N'y aurait-il plus en France un seul cas de choléra ? A s'en tenir à ce témoignage officiel, on le croirait. Malheureusement, les nouvelles qui parviennent de divers côtés et que la presse enregistre donnent un démenti à cette discrétion administrative. De ci, de là, même à Paris, on enregistre quelques cas suspects. Ils sont rares, il est vrai. Cependant ils suffisent, à l'étranger, pour faire insinuer l'existence de l'épidémie dans notre pays et le parti pris de la dissimuler. Il serait temps que la direction de l'hygiène publique et que le ministère de l'Intérieur fassent officiellement connaître la situation sanitaire du pays à ce point de vue. La vérité, toute la vérité, n'est-ce point encore le meilleur moyen de confondre l'erreur (*Revue de clinique et de thérapeutique*).

Congrès médical pan-américain. — A l'occasion de l'exposition universelle de Chicago, un *Congrès médical pan-américain* se réunira aux Etats-Unis. L'Association médicale américaine a décidé que ce Congrès se tiendra à Washington, du 5 au 8 septembre 1893. Les langues officielles du Congrès seront l'espagnol, le portugais, le français et l'anglais. Les communications seront publiées dans ces quatre langues. L'Association américaine adresse d'ailleurs à tous les confrères d'Europe une cordiale invitation à prendre part à cette grande réunion médicale.

Conseil général des Facultés. — Le Conseil général des Facultés et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris s'est réuni cette semaine en Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard. Il a pris connaissance de l'invitation qui lui est adressée par la Société de philosophie de Philadelphie, en vue des fêtes qu'elle célébrera à l'occasion de l'anniversaire de sa fondation, du 23 au 26 mai 1893. Il a été décidé qu'il y a lieu de poursuivre, pour infraction à la discipline, deux élèves sages-femmes de la clinique d'accouchements ; l'affaire sera jugée dans une prochaine séance. Un étudiant en médecine, M. P.., est proposé pour une bourse du fonds Barkow, vacante par suite du décès d'un étudiant de la même Faculté. M. Lannelongue a présenté le projet de rapport sur les travaux des établissements d'enseignement supérieur pendant l'année 1891-1892. Ce rapport sera examiné dans une prochaine séance. Le Conseil a été enfin appelé à exprimer son avis sur la question du classement des professeurs des Facultés des départements qui sont nommés dans une Faculté de Paris. Il n'y a à Paris que deux classes de professeurs de Faculté, contre quatre en province. Sur le rapport de M. Buffenoir, le Conseil a approuvé le décret aux termes duquel le professeur de Faculté de province nommé à Paris prend date pour l'ancienneté en 2e classe : 1° Au jour de sa nomination à Paris, s'il est de 3e ou de 4e classe en province ; 2° Du jour de sa titularisation en province, s'il est de 1re ou de 2e classe en province.

Hospice de Saint-Ouen. — Sur le rapport de M. Deschamps, il a été alloué par le Conseil municipal de Paris à la commune de Saint-Ouen, pour l'aider à reconstruire son hospice, une subvention de 100,000 francs.

Hôpitaux de Lille — Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux se sont terminés par les nominations suivantes : *Internes* : MM. Masset, d'Hour et Lamy. — *Internes provisoires* : MM. Hennecart et Tonnel. — *Externes* : MM. Doizy, Ingelrans, Dubois, Jacqmarcq, Tauchon, Potel, Paimblan, Lefebvre, Paquet, Henry, Ringot, Tamboise, Gugelot et Chocquet.

Hôpitaux de Montpellier. — Les concours de l'internat et de l'externat viennent de se terminer par les nominations suivantes : *Internes* : MM. Bothizat, Vire et Cheinier. — *Internes provisoires* : MM. Chatinière, Ménard et Houël. — *Externes* : MM. Pelon, Gibert, Cros, Marcellin, Teissier et Laborde. — *Externes provisoires* : MM. Choussat, André, Sapir, Arrufat, Pascal et Kessel.

L'Assistance. — *Sommaire du n° de Décembre* 1892. — Nécrologie : Le comte de Beaufort, par L. Butte, avec un portrait de Printemps ; — Les secours publics en cas d'accidents (*Les brancardiers militaires*), par A. Rousselet ; — Le tout à l'égout et l'assainissement de la Seine, par Bourneville ; — Variétés, nouvelles, séances du Comité directeur de la Policlinique, etc., etc.

Mesures sanitaires. — Une ordonnance rendue en Italie révoque les mesures sanitaires prises contre les batiments venant des ports français de la Méditerranée.

Missions scientifiques. — M. le Dr Yersin, ancien préparateur à l'Institut Pasteur, médecin de la Compagnie des Messageries maritimes, est chargé d'une mission scientifique en Indo-Chine, à l'effet d'explorer, au point de vue géographique, ethnographique et économique, la région comprise entre le Don-Naï et le Mekong, ainsi que les plateaux du Siam entre le Mekong et Bangkok.

Service de santé militaire. — Le médecin principal de 1re classe Morache est nommé médecin-inspecteur, en remplacement de M. Aron, atteint par la limite d'age.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Bordage est délégué dans les fonctions de préparateur de la chaire de zoologie (entomologie), au Muséum d'histoire naturelle, pendant la durée du congé accordé à M. Lesne.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons les premiers numéros de deux nouveaux journaux : *La Clinique internationale* et la *Revista medico-quirurgica americana.*

SECOURS PUBLICS ET PATINAGE. — La Préfecture de police, prévoyant les accidents qui pourraient survenir sur les lacs du Bois de Boulogne, pendant les séances de patinage, vient de faire installer près du grand lac un poste de secours sous une tente comportant tout le matériel nécessaire pour apporter les premiers soins aux victimes d'accidents.

SECOURS PUBLICS EN CAS D'ACCIDENTS. — A la demande de la Préfecture de police, le Conseil général de la Seine a voté les fonds nécessaires pour l'achat de 22 brancards roulants, qui viennent d'être déposés hier dans les commissariats de police des 22 circonscriptions suburbaines. On connaît l'utilité de ces brancards, qui permettent à un seul homme de les manœuvrer et d'effectuer le plus rapidement possible, et dans les meilleures conditions, le transport d'un malade ou d'un blessé. Il y a là un progrès très sensible apporté au matériel des secours publics du département de la Seine. Nous en félicitons très hautement la Préfecture de police et le Conseil général de la Seine, en leur rappelant toutefois qu'il reste encore beaucoup à faire à ce sujet et que ce commencement d'exécution devra être incessamment poursuivi de la façon la plus large et la plus généreuse. (Albin R.).

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX. — *Election du Bureaus.* — Il est procédé aux élections pour le renouvellement du Bureau, qui est ainsi constitué pour l'année 1893 : Président, M. Coyne ; Vice-Présidents, MM. Arnozan et Ferron ; Secrétaire général, M. W. Dubreuilh ; Secrétaire général adjoint, M. Villar ; Trésorier, M. Moure ; Secrétaires des séances, MM. Aunis et Petit; Conseil d'administration, MM. Vergely, Davezac et Chavannaz.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Simulation.* — Le tribunal correctionnel de Saint-Gaudens vient de condamner à six mois de prison un jeune conscrit, nommé Bertrand Goudoume, qui, à l'aide d'extrait de belladone, avait réussi à paraître borgne pour se faire exempter du service militaire par le conseil de revision.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS. — *Elections* : La *Société de Stomatologie de Paris*, dont la fondation remonte à l'année 1888, vient de renouveler son Bureau pour 1893. Ont été nommés : Président, M. Magitot ; Vice-président, M. Cruet ; Secrétaire général, M. Th. Thomas ; Secrétaires annuels, MM. Jarre et Bouvet ; Trésorier, M. Chabry. La Société rappelle qu'elle se consacre, suivant les termes de ses statuts, à l'étude scientifique des maladies de la bouche, de l'appareil dentaire et de leurs annexes. Les conditions d'admission sont les suivantes : 1° Etre pourvu du titre de médecin en vertu d'un diplôme français ou d'un diplôme étranger reconnu équivalent par la Société. Être interne des hôpitaux ou hospices français nommé au concours, ou étudiant en médecine ayant terminé sa scolarité (la nouvelle loi accordant en effet le droit d'exercer à ces deux catégories). 2° Avoir adressé à la Société une demande écrite. Les réunions ont lieu le 3e lundi de chaque mois dans l'une des salles de l'Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, à 8 heures 1/2 du soir. C'est dans les bureaux de l'Hôtel que l'on trouve les comptes rendus que la Société publie chaque année.

UNE ÉPIDÉMIE DE DIPHTÉRIE CAUSÉE PAR LA GLACE. — Elle est mentionnée par le *New-York medical Journal.* Le corps d'un enfant décédé de diphtérie fut conservé dans la glace pendant deux jours. Par accident, trois enfants consommèrent quelques morceaux de cette glace, furent contagionnés et succombèrent en quelques heures. Ces premiers cas furent l'origine d'un foyer de 32 cas où 15 se terminèrent par la mort.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr LEPRÉVOST, du Havre, chirurgien de l'Hôpital. Notre cher ami a succombé aux longues suites (il a été malade 80 jours) d'une piqûre qu'il se fit au cours d'une opération il y a quelques mois. Ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris, élève des maîtres les plus en vue, auteur de travaux remarqués, Leprévost avait en quelques années acquis au Havre une magnifique situation. La mort vient de le faucher sans merci, en pleine jeunesse. Nous adressons à ses parents et à sa veuve nos plus sincères compliments de condoléance (M. B.). — M. le Dr ACHALME (de Massiac). — M. le Dr BARASCUD (de Campeyre). — M. le Dr CHEVALLEREAU (de Parthenay). — M. le Dr G. LE GAC, médecin de la marine. — M. le Dr REDIER, de Montpellier. — M. le Dr LACAZE (de Château-Thierry). — M. le Dr R. JACKSON, professeur de Gynécologie et de Chirurgie à Chicago. — M. le Pr WALSHY (de Londres). — M. le Dr MORAAN, inspecteur général de la marine anglaise. — M. le Dr DAVID (de Châteauroux). — M. le Dr FONTAINE (de Bar-sur-Seine). — M. le Dr PREVOT (de Peyrat-le-Château. — M. le Dr QUIQUANDON (de Vernet-la-Varenne).

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Cours de M. Albert ROBIN. (Service d'hiver) : Leçons de thérapeutique clinique, vendredi à 9 h. 1/2, amphitéâtre N° 3. Examens des malades nouveaux, clinique de thérapeutique, mercredi à 6 h. salle Piorry et Lorrain. (Service d'été) : Clinique pathologique, jeudi à 9 h. 3/4, laboratoire de service, conférences cliniques par des candidats au bureau central, lundi, samedi à 10 h.

HÔPITAL DE LOURCINE. — M. le Dr DE BEURMANN commencera ses leçons pratiques sur les affections vénériennes et syphilitiques le lundi 9 janvier, à 10 heures, à l'Hôpital de Lourcine et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants:** Revues diverses; Nécrologie, etc..

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

Y

Z

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.